

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

**A Supervisão Clínica e os Estilos de Vida de Estudantes de Enfermagem
em Ensino Clínico**

Dissertação de Mestrado orientada pelo Professor Doutor Luís Carvalho e coorientada pela
Professora Márcia Cruz

Sérgio Rodrigues da Silva

Porto, 2021

Agradecimentos

Em primeiro lugar à minha Mãe, ao meu Irmão, à minha Irmã e ao meu Sobrinho, simplesmente por serem quem são.

Ao meu avô.

Um agradecimento muito especial ao Professor Luís e à Professora Márcia, pelo incentivo, compreensão, ajuda, dedicação e apoio durante esta longa, mas prazerosa jornada. Obrigado ainda por serem uns verdadeiros mentores e um exemplo a seguir.

A todos os meus amigos que me acompanharam neste e tantos outros caminhos da minha vida.

A todos que, tal como eu, traçaram uma capa sentindo-a a cada dia que o fizeram.

A todos os estudantes que participaram no estudo.

A todos que, de uma forma ou outra, ao cruzarem o meu caminho, acreditaram em mim.

Resumo

A transição para o ensino superior representa uma fase de grandes mudanças que leva à consolidação do desenvolvimento pessoal e profissional de um estudante. Esta fase de transição surge assim como uma oportunidade para adquirir ou consolidar hábitos e comportamentos compatíveis com um estilo de vida saudável. Dentro deste grupo, os estilos de vida dos estudantes do ensino superior e o dos estudantes de Enfermagem em particular, com a vivência do ensino clínico, podem assumir características muito próprias. A supervisão clínica acaba por apresentar um papel fundamental num acompanhamento assente num paradigma de desenvolvimento e construção pessoal e profissional de estudante, não descurando os aspetos biopsicossociais, como são referência os estilos de vida.

A investigação realizada no âmbito desta dissertação apresenta como principais objetivos: identificar os estilos de vida dos estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, numa escola do norte do país; avaliar a relação entre os estilos de vida, autoestima, bem-estar psicológico e variáveis sociodemográficas em estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, numa escola do norte do país; e identificar contributos para estratégias de supervisão clínica promotoras de estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

O estudo foi realizado com 414 estudantes de uma escola de enfermagem do norte do país, onde foi aplicado o questionário “Tenho um estilo de vida Fantástico?” (Silva, 2016). Este foi disponibilizado a todos os estudantes que se encontravam a frequentar o 3º ou 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, ou seja, todos os estudantes que se encontravam em ensino clínico. Numa segunda fase e com o objetivo principal de compreender e possivelmente justificar os resultados obtidos com a análise dos dados do questionário, foi realizado um *focus group*, constituído por 10 elementos.

Surgiram resultados que revelam alterações nas áreas da autoestima, bem-estar psicológico, perceção corporal e em outras dimensões integrantes dos estilos de vida.

É necessário melhorar as estratégias utilizadas no processo supervisivo, revelando-se a supervisão clínica em Enfermagem fundamental, onde deve existir como premissa basilar o acompanhamento do estudante de uma forma personalizada, individual, compreendendo-o e interligando as suas dimensões biológica, psicológica, afetiva, relacional e social. Assumindo este caminho, poderão surgir resultados positivos nos estilos de vida dos estudantes durante a vivência do ensino clínico.

ABSTRACT

The transition to the university represents a phase with considerable changes that lead to the consolidation of a individual personal and professional development. This transition time arises as an opportunity to acquire or reinforce habits and behaviors compatible to a healthy lifestyle. Inside this group, the university students and nursing students' lifestyles assume very particular specificities. Clinical supervision has a crucial and indispensable role, with the responsibility of support grounded in a personal and professional construction and development paradigm of the student, never bleaching all the biopsychosocial aspects, where we include their lifestyle.

The current investigation presents as main objectives: identify the lifestyle of graduating nursing students in clinical practice; evaluate the relation between graduating nursing students in clinical practice lifestyle, self-esteem, psychological well-being and sociodemographic variables; and identify contributions to nursing clinical supervision strategies that promote an healthy lifestyle in graduating nursing students in clinical practice.

This study was accomplished with the participation of 414 nursing students from a nursing school from the north of the country, through an application of the *"Tenho um estilo de vida Fantástico?"* questionnaire (Silva, 2016). This was delivered to all students attending the 3rd and 4th year of Nursing graduation course, therefore, the students attaining clinical practice. On a second phase and embracing understanding and seeking a possible explanation for the outcomes of the data analysis from the questionnaire as a major objective, a focus group was fullfield, with the participation of 10 elements.

The results reveal modifications in areas like self-esteem, psychological well-being, body perception e some other lifestyle's related dimensions.

It's essential to improve the strategies used during all supervision process, where clinical supervision in nursing emerges as fundamental. It should have as a key premise the nursing students' accompaniment in a personal and individualized way, understanding and interconnecting their biological, psychological, affective, relational and social dimensions. Assuming this path can bring some positive outcomes in nursing students lifestyles experiencing clinical practice.

Índice

1.	INTRODUÇÃO	1
2.	DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL	5
2.1	O desenvolvimento pessoal e profissional em Enfermagem	8
3.	SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM	11
3.1	Modelos de supervisão clínica em Enfermagem.....	14
3.2	Ensino clínico em Enfermagem	17
4.	SAÚDE E OS ESTILOS DE VIDA DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM	21
5.	ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	29
5.1.	Objetivos e hipóteses	29
5.2.	População e amostra	30
5.3	Estudo quantitativo: Instrumentos de colheita de dados.....	30
5.3.1.	Questionário de Estilo de Vida	32
5.3.2.	Imagem Corporal.....	33
5.3.3.	Rosenberg self-esteem scale.....	34
5.3.4.	QBEP – Questionário de Avaliação do Bem-estar Psicológico: versão reduzida, versão portuguesa.....	35
5.4.	Estudo Qualitativo - Focus group	36
5.5.	Procedimentos éticos.....	38
6.	RESULTADOS	41
6.1	Caracterização sociodemográfica dos estudantes	41

6.2. Percepção corporal	43
6.3. Classificação do estilo de Estilo de Vida	44
6.4. Estilo de Vida Fantástico	45
6.5. Relação dos estilos de vida, variáveis sociodemográficas, autoestima e bem-estar psicológico.....	46
6.5.1. Relação entre o Estilo de vida com o ano curricular (de ensino clínico).....	47
6.5.2. Relação entre o Estilo de Vida e Autoestima	48
6.5.2.1. Relação dos domínios do Estilo de vida com a Autoestima	48
6.5.3. Relação entre o Estilo de Vida e Bem-estar psicológico	53
6.5.3.1. Relação dos domínios do Estilo de vida com o Bem-estar psicológico	53
6.5.4. Relação entre Autoestima e Bem-estar psicológico	57
6.6. <i>Focus group</i>	58
6.8.1. Modelo de Análise de Conteúdo.....	58
6.8.1.1. Estilos de Vida	59
6.8.1.1.1. Stress	59
6.8.1.1.2. Sono	62
6.8.1.1.3. Gestão do tempo.....	63
6.8.1.2. Bem-estar	64
6.8.1.3. Autoestima	66
6.8.1.4. Supervisão Clínica.....	67
6.8.1.4.1. Processo supervisivo	67
6.8.1.4.2. Relação supervisiva	68

6.8.1.4.3. Estratégias de supervisão.....	72
7. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
7.1 Estratégias de supervisão clínica promotoras de estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem em ensino clínico	82
8. BIBLIOGRAFIA	89
ANEXOS	99
ANEXO I - Questionário “tenho um estilo de vida fantástico?” (Silva, 2016)	
ANEXO II - Autorização para a utilização do Questionário “Tenho um estilo de vida fantástico?”; Autorização da instituição para a colheita de dados	
ANEXO III - Email enviado aos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem a frequentar o Ensino Clínico	
ANEXO IV - Guião de entrevista - <i>Focus group</i> (apresentação <i>Power Point</i>)	
ANEXO V - Consentimento informado – <i>focus group</i>	
ANEXO VI - Transcrição do <i>focus group</i>	
ANEXO VII – Dados complementares.....	

Índice de Figuras

Figura 1 - Fases do Modelo Safecare (Carvalho et al.,2019)	15
Figura 2 – Proporção da população com 15 ou mais anos por tipo de doença crónica em Portugal em 2005/2006 e 2014 (INE, 2014).....	23
Figura 3 - Domínios do Questionário de Estilo de Vida Fantástico (Silva, 2016)	32
Figura 4 - Silhuetas masculinas e femininas de Stunkard et al. (1983)	33
Figura 5 - Itens que constituem a Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).....	34
Figura 6 - Itens que constituem o Questionário de Bem-Estar Psicológico (QBEP), versão abreviada (2012)	35
Figura 7 – Representação esquemática dos domínios e categorias do estudo	59

Índice de Quadros

Quadro 1 - Distribuição da amostra pelo ano curricular.....	41
Quadro 2 – Distribuição da amostra pelo sexo	41
Quadro 3 – Distribuição da amostra pela idade	42
Quadro 4 – Distribuição da amostra quanto a estar deslocado da residência ou não	42
Quadro 5 – Distribuição da amostra por ser ou não trabalhador estudante	42
Quadro 6 - Hipóteses de resposta e respetivas frequências e percentagens relativas à avaliação da imagem corporal de acordo com a representação das silhuetas de Stunkard et al. (2003)..	43
Quadro 7 - Média, Desvio-padrão e distribuição das percentagens e frequências da classificação do estilo de vida	44
Quadro 8 - Classificação do questionário de Estilo de Vida Saudável	45
Quadro 9 - Alfa de Cronbach para o Estilo de Vida por item	45
Quadro 10 - Correlação de Pearson para o ano curricular e o estilo de vida, autoestima e bem-estar psicológico.....	47
Quadro 11 - Correlação de Pearson entre o estilo de vida e autoestima	48
Quadro 12 - Correlação de Pearson entre os domínios do estilo de vida e a autoestima.....	49
Quadro 13 – Distribuição de frequência e percentagem correspondente na escala de Lickert a cada item da Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).....	51
Quadro 14 - Alfa de Cronbach para Escala de Autoestima por item	52
Quadro 15 - Correlação de Pearson entre o estilo de vida e o bem-estar psicológico.....	53
Quadro 16 - Correlação de Pearson entre os domínios do estilo de vida e o bem-estar psicológico.....	54

Quadro 17 – Hipóteses de resposta e respetivas frequências e percentagens relativas ao Bem-estar psicológico, através do Questionário de Avaliação do Bem-estar Psicológico: versão reduzida, versão portuguesa (Rainho et al., 2012)	56
Quadro 18 – Alfa de Cronbach para a escala de Bem-estar psicológico por item	57
Quadro 19 - Correlação de Pearson entre autoestima e o bem-estar psicológico.....	57

1. INTRODUÇÃO

Os estilos de vida podem ser definidos como “o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida em diferentes situações sociais” (Ministério da Saúde cit por Fontes, 2014, p.57). O estilo de vida pode influenciar a saúde individual e coletiva e é um dos fatores preponderantes para a manutenção da saúde, bem como da qualidade de vida das pessoas, estando esta tríade intimamente associada ao bem-estar.

A etapa de vida correspondente ao jovem adulto - compreendida entre os 18 e os 25 anos de idade - representa uma fase de grandes mudanças que levam à consolidação do desenvolvimento pessoal e profissional de um indivíduo. Esta fase de transição surge assim como uma oportunidade para adquirir ou consolidar hábitos e comportamentos compatíveis com estilo de vida saudável. Dentro deste grupo, os estilos de vida dos estudantes do ensino superior assumem características muito próprias. Tal facto deve-se essencialmente ao aumento do poder da autonomia e de decisão em relação às suas vidas. Assim sendo, aspetos relacionados com o estilo de vida, como por exemplo a dieta alimentar, o exercício físico, os hábitos de consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o comportamento sexual e o bem-estar psicológico podem ser influenciados pela vivência deste período transitório (Silva et al, 2014).

A Enfermagem tem sido uma referência no contexto europeu relativamente à coerência e qualidade que tem conseguido atribuir à formação dos enfermeiros. Revela uma preocupação constante em investir na formação dos enfermeiros para que seja capaz de promover o desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético dos estudantes, bem como proporcionar-lhes os fundamentos científicos para o exercício de uma atividade multifacetada, agregada a um investimento crescente da ciência da Enfermagem (Novo, S., 2011).

De acordo com Paiva (2008), o ensino superior atualmente assenta numa política em que os estudantes de Enfermagem adotam um papel ativo na sua formação. O estudante adquire conhecimentos, competências e atitudes essenciais para o exercício profissional. “Formar, segundo Soares (2008), é construir, é partilhar com os outros atos e hábitos e edificar pessoas íntegras e maduras para projetar futuros profissionais” (cit por., Novo, S., 2011, p.6).

O paradigma de educação centrou-se durante muito tempo apenas no desenvolvimento das competências necessárias à profissão. Atualmente é reconhecido que o desenvolvimento profissional deve ser acompanhado por um desenvolvimento pessoal, sendo estes indissociáveis (Pires, 1995). O

desenvolvimento pessoal e profissional implica “crescimento, mudança, melhoria, adequação, no que diz respeito ao próprio conhecimento e às atitudes” (Bonito, Trindade, 2008, pp.352).

Em todo este processo e transição decorrente num estudante de Enfermagem ao longo da sua formação de 4 anos, a supervisão clínica acaba por revelar um papel imprescindível.

Como Carvalho (2003) relata, o papel do supervisor, para além de uma componente científica e didática, inclui também uma pedagogia assente num modelo para a construção da identidade profissional e pessoal do estudante de Enfermagem.

A supervisão advoga uma importância particular, uma vez que, segundo Simões (2004) por se tratar de um ensino acompanhado, interativo, colaborativo e reflexivo, com o objetivo de desenvolver o estudante de Enfermagem, os seus valores, atitudes, capacidades e competências de modo a que estes sejam capazes de ter um sucesso constante na sua aprendizagem.

Um supervisor clínico deve focar-se em conhecer as necessidades formativas, as motivações, as capacidades dos alunos para adequar a intervenção de cada um deles, ajudando-o a evoluir no saber fazer, no saber ser e no saber estar, necessários a uma intervenção fundamentada e que só é passível de concretização quando existe um saber pensar consciente, localizado e partilhado, como refere Simões (2004).

A investigação realizada no âmbito desta dissertação apresenta como principais objetivos: identificar os estilos de vida dos estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, numa escola do norte do país; avaliar a relação entre os estilos de vida, autoestima, bem-estar psicológico e variáveis sociodemográficas em estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, numa escola do norte do país; e identificar contributos para estratégias de supervisão clínica promotoras de estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem em ensino clínico, numa escola do norte do país.

Para esta investigação foi aplicado o questionário de “Tenho um estilo de vida Fantástico?” (Silva, 2016). Este foi disponibilizado a todos os estudantes que se encontravam a frequentar o 3º ou 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo de 2017/2018, ou seja, todos estudantes que se encontravam em ensino clínico. A população incluía 620 estudantes, tendo sido obtidas 414 respostas, sendo esta a constituição da amostra. Numa segunda fase e com o objetivo principal de clarificar e consolidar os resultados obtidos com a análise dos dados do questionário, foi realizado um *focus group*, constituído por 10 elementos. A apresentação do estudo encontra-se dividida em três partes. A primeira parte refere-se ao enquadramento teórico, incluindo o desenvolvimento pessoal e profissional, a supervisão clínica em Enfermagem e a saúde e

os estilos de vida do estudante de Enfermagem. A segunda parte, remete-se para o estudo empírico, onde é explicitada a metodologia de da investigação, e a análise e apresentação dos resultados. Na terceira e última parte, é efetuada a discussão dos resultados obtidos neste estudo, terminando com um conjunto de reflexões e propostas de estratégias supervisivas promotoras de estilos de vida saudáveis nos estudantes de Enfermagem em ensino clínico.

2. DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL

São notórias as mudanças que têm vindo a acontecer a nível social, cultural e na área da saúde, a par de um avanço tecnológico e científico. Estas transformações, sempre enquadradas num contexto social, fazem com que o tipo de cuidados prestados por um enfermeiro no início do século XXI não seja o mesmo que é exigido a um enfermeiro na atualidade. Estas alterações colocam a profissão de Enfermagem num constante nível de exigência e consequentemente, com padrões de formação e desenvolvimento cada vez mais elevados e diferenciados, com a expectativa de novas e melhoradas competências e funções. Afinal o que é ser Enfermeiro? Talvez não exista uma só definição visto que a identidade profissional se constrói e reconstitui-se a partir de processos sociais (Abreu, 2000; Serra, 2016; Pinto, 2013, Pires, 1995).

A identidade é considerada o ponto de partida e variadas são as teorias desenvolvidas ao longo dos tempos como tentativa de definição do conceito. Aquele que se aproxima mais da realidade da construção e desenvolvimento de um enfermeiro, enquadra-se na corrente sociológica. A identidade corresponde assim, à imagem que o indivíduo tem de si próprio em conjugação com o meio que o rodeia. A construção da mesma ocorre ao longo do percurso de vida de um sujeito, com uma influência substancial dos diversos processos de socialização que vai experienciando (Abreu, 2001).

Abreu (2001, p. 82), refere que segundo, a perspetiva de Berger e Luckman (1994), “a identidade é um elemento chave da realidade subjetiva, inserindo-se numa relação dialética com a sociedade: é um fenómeno que emerge das interações entre o indivíduo e a sociedade. É constituída por processos sociais, os quais por sua vez fazem parte de uma estrutura social”.

É importante destacar que quando se fala de identidade profissional, um conceito mais específico com relação mais direta com o presente estudo, este não é reduzido ao contexto da formação ou de trabalho. O indivíduo antes de adquirir qualquer habilitação profissional, já possui uma identidade (social, religiosa, étnica, etc.). Acontece que a reconstituição de uma identidade, neste caso profissional, será sempre influenciada pelas vivências e experiências prévias. Esta não é definitiva nem estática, encontrando-se em permanente evolução, ou seja, desenvolvendo-se (Abreu, 2000).

O desenvolvimento profissional é acompanhado obrigatoriamente pelo desenvolvimento pessoal. Marinho-Araújo (2016, p.10) afirma que “o desenvolvimento de um perfil profissional competente e comprometido com as demandas sociais é um processo longo, pois envolve a construção de uma história profissional, articulada às características pessoais e às especificidades do exercício profissional, requerendo o desenvolvimento de competências que permitam considerar e

articular teorias, métodos e experiências no mapeamento e na resolução dos problemas no cotidiano social e laboral”.

O processo formativo que ocorre ao longo do ensino superior é um processo complexo de diversas e sucessivas aprendizagens que se traduz no desenvolvimento do indivíduo a nível cognitivo, afetivo e relacional. Assim sendo, é necessária a mobilização de um conjunto de saberes para pensar, decidir e agir, que podem ser adquiridos e/ou desenvolvidos num processo de formação e desenvolvimento profissional (Abreu, 2001). O processo de formação é realizado *“pela pessoa, na pessoa, pois são as suas competências pessoais que são postas em ação no campo profissional”* (Pires, 1995, p.31).

Relativamente a um estudante de Enfermagem, no final do seu percurso académico, espera-se que este tenha adquirido competência para o exercício da profissão enquanto enfermeiro. Vários são os autores que integram diferentes perspetivas sobre o que é a competência, sendo o conceito primordialmente associado meramente á ação e consequentemente a aspetos práticos e tecnicistas necessários á prática profissional. A competência, atualmente, envolve processos mais complexos e corresponde acima de tudo à mobilização e aplicação dos conhecimentos, capacidades e habilidades na prática. Acresce a apreciação preponderante de que para se ser competente deve-se ainda integrar aspetos como atitudes, valores, capacidade reflexiva e resolução de problemas, em consonância com o contexto envolvente. A competência passa a ser entendida como uma ferramenta que habilita uma pessoa a atuar em contextos sociais e laborais, diante dos quais pode fazer opções éticas, intencionais e transformadoras, através da mobilização de diversos recursos em si existentes. Em suma, competência é saber, fazer, ser e estar com os outros. (Bonito, 2008; Costa et al., 2000; Abreu, 2001; Bomfim, 2012, Marinho-Araújo, 2016; Wazlawick, 2017)

É necessária uma política educacional que considere diferentes formas de saberes (teóricos, técnicos, práticos, experimentais) próprios da profissão aliados a um sentido crítico e reflexivo de modo a que o futuro profissional atue de forma ética, segura e clara (Marinho-Araújo, 2016, Pires, 1995).

Para a construção de um ser profissional com características de autonomia, criatividade, reflexão e crítica e tomada de decisão, é necessária uma educação superior mais aliciante e abrangente, sendo que, quando bem concretizada, permitirá um desenvolvimento pessoal ao mesmo tempo que prepara os estudantes para as funções a desempenhar nos contextos de prática profissional (Marinho-Araújo, 2016; Wazlawick, 2017; Pinto, 2013).

Wazlawick (2017), retratando uma perspectiva de Negromonte (2011), assume uma posição de que os processos de aprendizagem e formação de profissionais deve iniciar-se primordialmente na família, continuar na escola, intensificar-se na universidade e ficar completa no contexto de trabalho, com uma capacitação continuada dos profissionais.

De forma geral, a educação e formação providenciadas pelas instituições de ensino superior, são direcionadas para o atingimento de objetivos centrados no conhecimento científico. À educação no ensino superior é cada vez mais fundamental, a par da formação profissional, formar e desenvolver um estudante nas dimensões social, política, económica, ética e cultural. Torna-se preponderante a conceção e elaboração de estratégias pedagógicas e educativas que proporcionem uma melhor articulação da teoria e da prática com vista ao desenvolvimento de competências, enquadradas nas experiências vivenciadas pelo estudante no contexto da sua formação académica (Marinho-Araújo, 2016; Wazlawick, 2017).

Bonito e Trindade (2008, p.352) afirmam que o desenvolvimento profissional surge de uma interação constante entre prática e os conhecimentos profissionais, sendo que o desenvolvimento pessoal e profissional implica “crescimento, mudança, melhoria, adequação, no que diz respeito ao próprio conhecimento e às atitudes no trabalho e para com o trabalho”. Marinha-Araújo (2016) defende que, para um melhor desenvolvimento pessoal e profissional no ensino superior, a formação académica e psicossocial dos estudantes deve ser realizada com uma tónica acentuada em competências transversais, nomeadamente: os recursos pessoais – características e recursos individuais, conhecimentos prévios e experiências vividas; os recursos socio afetivos – características associadas ao relacionamento interpessoal; e ético-políticos – características relacionadas com a intersubjetividade das relações, ausência de juízos de valor, moralismos, discriminação ou exclusão social. Por sua vez, Wazlawick (2017) sugere uma pedagogia humanista/profissional, baseada na pedagogia ontopsicológica, ou seja, uma pedagogia que analise e promova o valor positivo, responsável e criativo presente em cada ser humano; é, portanto, educar o indivíduo a saber e a fazer a si mesmo, num enaltecimento das suas melhores capacidades. Este tipo de educação produz benefícios a nível pessoal e existencial dos estudantes, não obstante da sua formação académica, profissional e técnica.

2.1 O desenvolvimento pessoal e profissional em Enfermagem

Enfermagem é “a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (REPE, 2015, p.101).

O ensino da Enfermagem era inicialmente passado de geração em geração associado ao dever da mulher em cuidar da família. Mais tarde, com o desenvolvimento de instituições hospitalares e como forma de assistência qualificada aos médicos, surgem a formação em Enfermagem e as escolas de Enfermagem, com a diferenciação de formação para quem terá a profissão de cuidar dos outros. Em Portugal, a primeira Escola para o Ensino da Enfermagem foi fundada pelo Dr. Costa Simões, em 1881 e sob a administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra. No Porto, foi criado, pelo Hospital Geral de Santo António, em 1896, um Curso de Enfermeiros, que é substituído pela Escola de Enfermagem do Hospital de Santo António em 1948. Entre as décadas de 40 e 50, e decorrente de problemas evidentes relacionados com a organização hospitalar e os enfermeiros, advoga-se a necessidade de reestruturação da formação e ensino de Enfermagem em Portugal. O Decreto-Lei nº 32612, de 31/12/1942 constitui o primeiro instrumento para a uniformização e controlo das escolas e o Decreto-Lei nº 36219, de 10 de Abril de 1947, reformula o ensino de Enfermagem, estando o controlo centralizado na Inspeção da Assistência Social. A partir de 1956, fica definido que só pode exercer a profissão de Enfermagem quem tivesse um diploma certificado. Os currículos de estudo nesta fase ainda se centravam essencialmente num modelo médico. O papel do enfermeiro era o de “prestar cuidados de higiene pessoal aos doentes, executar as prescrições médicas, observar e transmitir informação sobre os doentes, atuar em situações de urgência, e executar intervenções necessárias, na ausência do médico, quando não dependesse de uma decisão científica” (Novo, 2011, p.9). Só mais tarde, haveria uma transição para a construção de currículos reveladores de maior autonomia da profissão, ao mesmo tempo que se verifica a separação progressiva entre hospitais e escolas, em termos de funcionamento. Nesta altura, o papel do enfermeiro, embora ainda com o modelo médico subjacente, adquire maior técnica e especialidade, incluindo tarefas de gestão, e centrando-se primordialmente no doente em si, na prevenção da doença e promoção da saúde e não apenas na colaboração no diagnóstico e terapêutica. Surgem entretanto diferentes Decretos-Lei que: inserem as Escolas de Enfermagem no Ensino Politécnico (sob a tutela do Ministério da Educação e da Saúde) com

a atribuição do grau de Bacharel e de Licenciado (a quem concluisse estudos superiores especializados); aprovam a constituição da Ordem dos Enfermeiros, em 1998 e em 1999 surge o Decreto-Lei que indica que o curso de licenciatura em Enfermagem concede o grau de licenciado e o acesso à profissão; constituem o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), em 2015, no qual, para além de se clarificar a autonomia do exercício profissional de Enfermagem, descreve e regulamenta a responsabilidade profissional, os direitos e deveres deontológicos e éticos; aprovam a carreira de Enfermagem com três níveis (nível 1 Enfermeiro e Enfermeiro; nível 2 – Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Especialista; nível 3 – Enfermeiro supervisor), já em 2019. No período que vai desde o início do século XXI até á atualidade, a Ordem dos Enfermeiros atualiza o estatuto da mesma bem como do documento que regula toda a prática da profissão de Enfermagem - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro). Há ainda mais recentemente, e fruto do congelamento da carreira de Enfermagem a nível governamental, o surgimento (última atualização em 2018) do estabelecimento do título de enfermeiro especialista (Enfermagem de Reabilitação, Comunitária, Médico-cirúrgica, Saúde infantil e Pediátrica, Saúde Materna e Obstetrícia e Saúde mental e Psiquiátrica) e enfermeiro de competência acrescida (Avançada em gestão, diferenciada em emergência extra-hospitalar, diferenciada e avançada em supervisão clínica e diferenciada em Enfermagem do trabalho) (Abreu, 2001; Novo, 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2019, REPE, 2015; Rodrigues, 2011).

Não obstante ao novo paradigma de formação referenciado, em Enfermagem é perceptível a necessidade de investimento na formação de enfermeiros baseada numa perspetiva de desenvolvimento cultural, pessoal, ética e social dos estudantes de Enfermagem, a par de toda a exigência científica e técnica características da profissão. O ensino de Enfermagem em Portugal tem assimilado esta mudança, evoluindo devido ao próprio desenvolvimento da disciplina, acompanhado por um forte trabalho dos gestores e docentes das várias escolas do país, com enfoque na aprendizagem e o objetivo de elevar o nível de ensino e consequentemente formar melhor (Carvalho, 2003; Novo, 2011). A complexidade dos contextos de saúde e respetiva prestação de cuidados aumenta a exigência atual na formação de estudantes de Enfermagem. Para tal, é necessária a colaboração entre as instituições de ensino e as instituições de saúde, para que o estudante possa aplicar os conhecimentos apreendidos nos contextos específicos da prestação de cuidados, ao mesmo tempo que constrói e desenvolve a sua identidade profissional e pessoal (Abreu, 2011; Almeida, 2016, Marinho-Araújo, 2016).

Um indivíduo, na sua etapa de construção de identidade e desenvolvimento profissional deixa de necessitar apenas de competências e técnicas cognitivas e práticas, associadas ao saber meramente profissional. Este desenvolve, do decorrer do processo, a sua componente pessoal em diferentes domínios que se revelam cada vez mais imprescindíveis, através de aspetos relacionados com a dimensões social, política, económica, ética, cultural e que devem ser estimulados. O estudante de Enfermagem não diverge desta realidade e é importante, por conseguinte, estudar de que forma este desenvolvimento é ou não influenciado e de que forma, no contexto da realidade específica que é o tornar-se e ser enfermeiro.

3. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

O conceito de supervisão surge inicialmente, principalmente nos Estados Unidos, bastante relacionado com os conceitos de avaliação, controlo e inspeção (Alarcão, 1987).

Supervisão é uma orientação pedagógica que ocorre ao longo do tempo e daí se coadunar como um processo. A supervisão incide diretamente no processo de ensino-aprendizagem e facilita o desenvolvimento pessoal e profissional do supervisionado em formação. Alarcão (1987) defende ainda que esta relação processual também promove um processo de desenvolvimento e aprendizagem no supervisor, tendo este um papel ativo e envolvido no processo de supervisão. Assim sendo, os conceitos de supervisão, aprendizagem e desenvolvimento estão intimamente ligados (Alarcão, 1987). A relação de supervisão é assim dinâmica, recíproca, espiral e assimétrica (Abreu, 2007).

Em Portugal, as primeiras definições de supervisão surgem por Alarcão (1987), referindo-se á formação na área da docência, definindo-a com um processo em que um alguém mais experiente orienta um outro (menos experiente), com o objetivo do seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Na Europa, a partir de acontecimentos ocorridos no Reino Unido na década de 90 com o caso de Beverley Allit, surge a necessidade de a Enfermagem aprofundar a visão sobre a supervisão clínica com a finalidade de desenvolver estratégias e sistemas de acompanhamento dos profissionais na sua prática clínica. Em Portugal, o conceito de supervisão clínica em Enfermagem começa a surgir associado à evolução histórica e ao conceito de qualidade e segurança – dos cuidados de saúde, das instituições e da satisfação dos clientes (Abreu, 2007).

A constante evolução na área da saúde nas últimas décadas lança o desafio crescente na prestação de cuidados de saúde, com a melhoria dos padrões de qualidade (Pinto, 2013). Não obstante, a nível da Enfermagem surge sucessivamente um maior investimento na formação de enfermeiros para que sejam capazes de promover o desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético dos estudantes que acompanham, bem como proporcionar-lhes os fundamentos e competências técnicas para o exercício da profissão. (Novo, S., 2011; Pinto, 2013).

A grande diferença apontada entre a supervisão e a supervisão clínica, encontra-se, segundo Alarcão (1987), na dinâmica do processo. Enquanto que na supervisão há uma atuação de “fora para dentro”, com a imposição de soluções teóricas e técnicas, a supervisão clínica assenta numa dinâmica

que se realiza de “dentro para fora”, com uma interação bidirecional entre supervisor e supervisionado e no processo de ensino-aprendizagem, com soluções que partem da reflexão.

O conceito de supervisão clínica em Portugal é recente, mas esta tem uma importância crucial na forma como o estudante é orientado e acompanhado. Não existe uma só definição do conceito de supervisão clínica.

A Ordem dos Enfermeiros (2018) define, no âmbito do Decreto-Lei nº 113 de Junho de 2018, supervisão clínica como: “um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados”.

Barbosa (2015) utiliza uma citação encontrada em Abreu (2002) definindo supervisão clínica como uma “relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado. Compreende um conjunto de estratégias (centradas no profissional e no grupo), incluindo preceptorship, mentorship, supervisão da qualidade das práticas, promoção e acompanhamento dos critérios de qualidade (pag.3)”. A supervisão clínica pode ser abordada segundo diversas perspetivas, mas converge no ponto em que visa o desenvolvimento profissional, o desenvolvimento de competências práticas e emocionais, que conduzem indubitavelmente à melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde (Abreu, 2007; Almeida, 2016).

A supervisão clínica em enfermagem é essencial para garantir e promover um acompanhamento e suporte efetivos, com o desenvolvimento de competências profissionais, pessoais, crítico-reflexivas, contribuindo assim para a segurança e qualidade dos cuidados, bem como para a valorização e desenvolvimento da profissão (Abreu, 2007; Almeida, 2016; Ordem dos Enfermeiros, Decreto-Lei nº 113 de Junho de 2018).

Nas últimas duas décadas, os investigadores têm defendido que a supervisão clínica tem diversas finalidades como: fornecer acompanhamento aos enfermeiros e estudantes de enfermagem no decurso das práticas; elevar os padrões de qualidade; consciencializar os profissionais de saúde e respetivos estudantes em relação ao papel a desempenhar; promover uma mudança na filosofia do cuidar (centrado nas necessidades do cliente); centrar a formação dos profissionais na competência,

reflexão e desenvolvimento profissional; introduzir a reflexão na prática clínica quotidiana; e garantir o suporte e acompanhamento dos profissionais (Pinto, 2013).

A importância da supervisão clínica em enfermagem revela-se também pela tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros de Portugal ao estabelecer o título de competência acrescida e diferenciada em supervisão clínica.

O supervisor tem o papel de acompanhar o supervisionado, no caso do estudo, o estudante, no seu processo de aprendizagem tendo em consideração a individualidade do mesmo, proporcionando-lhe aprendizagens próprias que incluem todos os conteúdos que quer transmitir. Deve estabelecer uma relação de confiança e criar tempo e espaço para a reflexão e resolução de problemas (Abreu, 2007; Almeida, 2016). A aprendizagem adquire, segundo Abreu (2007), algumas características fundamentais. Esta deve ser um processo, um percurso e deve abranger não apenas os conteúdos teóricos e práticos, mas também aspetos emocionais, éticos, valores e atitudes. Em contexto clínico não deve ser definido pela transmissão de conhecimentos, mas devem também ser proporcionados espaços e tempo de reflexão, debate e observação.

Abreu (2007), através da análise de conceitos e definições de diversos autores, afirma que o processo superviso é algo “dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização” (p.177) e que “a relação supervisiva constitui um suporte e um fator mediador para as aprendizagens em contexto clínico” (Abreu, 2007, p.167).

A importância da supervisão clínica em Enfermagem como um processo de acompanhamento, potenciador do desenvolvimento profissional e pessoal, é também corroborada na perspetiva dos próprios estudantes (Fonseca et al. 2016).

O papel do Enfermeiro da prática clínica, que acaba por ser o Enfermeiro tutor, no processo de formação e supervisão de estudantes é fundamental. É este profissional de saúde que tem a responsabilidade de acompanhar os estudantes em ensino clínico e ainda é nele que o estudante pode encontrar a referência e suporte para desenvolver aprendizagens significativas. Não obstante, todos os aspetos inerentes à supervisão clínica de estudantes em ensino clínico agrupam um conjunto de múltiplas e complexas variáveis que podem influenciar este processo de acompanhamento. As exigências da supervisão clínica resultam não só das responsabilidades da parte do Enfermeiro tutor, mas concomitantemente da articulação e responsabilização das instituições de saúde, das escolas de enfermagem e demais equipas de enfermagem (Abreu, 2007; Barbosa, 2015; Almeida, 2016).

3.1 Modelos de supervisão clínica em Enfermagem

Das diversas correntes teóricas sobre a supervisão clínica em Enfermagem, surgem alguns modelos que funcionam como que mapas explicativos e articulados de conceitos, com um princípio de referencial para a ação (Abreu, 2007; Pinto, 2013; Monteiro, 2014).

Marr, Steele e Hickman (2001) defendiam que os modelos se poderiam agrupar em número diferente de categorias (Abreu, 2007). Faugier e Butterworth afirmavam que os modelos de supervisão clínica em enfermagem se podiam dividir naqueles que salientam a relação da supervisão, nos que descrevem as funções do papel desempenhado e em modelos centrados no desenvolvimento da relação supervisiva (Abreu, 2007). Por sua vez, Monteiro (2014), adota a posição de Hyrkäs (2002) que refere que os modelos de supervisão clínica podem-se agrupar em quatro categorias:

- Modelos centrados nas funções da Supervisão Clínica, do qual é exemplo o Modelo de Proctor (1986);
- Modelos centrados no desenvolvimento, com o exemplo do modelo proposto por Faugier (1992)
- Modelos centrados na relação da supervisão clínica, com destaque para o modelo de Heron (1990), mais tarde adaptado por Severinsson (2001);
- Modelos centrados na relação com o doente, como o modelo de Hawkins e Shohet (1996)

Nenhum modelo pode ser considerado melhor do que outro, mas deve-se certamente ter em ponderação que cada um deles deve ser escolhido de acordo com o mais adequado para o contexto profissional e organizacional em que o processo de supervisão ocorre (Carvalho et al., 2019; Monteiro, 2014). O Modelo de Proctor (1986), um dos mais referenciados, é um modelo interativo, que compreende três funções estruturantes: a formativa, a normativa e a restaurativa. A função formativa relaciona-se com o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências pessoais e profissionais; a função normativa está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados e redução de riscos; a função restaurativa compreende o suporte e acompanhamento entre supervisor e supervisionado, e o apoio emocional (Abreu, 2007; Almeida, 2016; Monteiro, 2004; Pinto, 2013). Contudo, para a presente investigação, é necessário um modelo que seja capaz de dar resposta à particularidade da supervisão clínica dos estudantes em ensino clínico.

Abreu (2007) afirma que: “torna-se necessário desenvolver investigação centrada nas aprendizagens clínicas, modelos de supervisão clínica, condicionantes dos modelos de qualidade, experiências de tutoria e inteligência emocional em contexto clínico” (p.242)

Numa investigação decorrente de uma tese de doutoramento levada a cabo por Cruz em 2012, que surge pela necessidade sentida da inexistência de um único modelo de supervisão clínica eficaz, da multiplicidade e diversidade social e política dos contextos clínicos, bem como pela falta de consenso existente nas tarefas a desenvolver para uma supervisão eficiente, é proposto um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC) (Carvalho, 2019; Cruz, 2012).

“O MSCEC constitui um contributo (...) especificamente no que se refere (...) às relações que se estabelecem entre os intervenientes que operam no eixo da conceção dos cuidados, do exercício profissional e da supervisão e que possibilitam a sua retroalimentação, tornando-o num modelo que não se esgote em si mesmo, dada a riqueza de situações que emergem da prática clínica e os desafios que constituem para todos” (Cruz, 2012, p.293).

Uma atualização do MSCEC, designado de Modelo SafeCare é alicerçado numa perspetiva construtivista tendo por ponto de partida as necessidades sentidas e vividas dos intervenientes no processo de supervisão e a finalidade de melhoria da segurança e qualidade dos cuidados. Os eixos que o estruturam são quatro: o contexto, os cuidados de enfermagem, o desenvolvimento profissional e a supervisão. Destes importa destacar o contexto, que pode afirmar-se como o conjunto de elementos (físicos, humanos, sociopolíticos, culturais, organizacionais) que influenciam as diversas situações que ocorrem no processo de trabalho e que tem um papel central de interação com os restantes eixos (Carvalho et al., 2019). Os conceitos inerentes aos restantes eixos são explanados ao longo desta contextualização teórica.

Está organizado em quatro fases (Figura 2) e sua implementação baseia-se no método de investigação-ação (Carvalho et al., 2019).

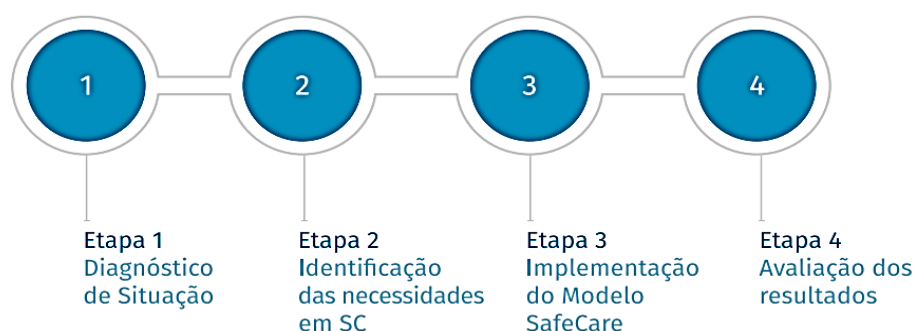


Figura 1 - Fases do Modelo Safecare (Carvalho et al.,2019)

É importante salientar que ao longo de todo o processo existem alguns deveres atribuídos aos supervisores e supervisados que devem ser cumpridos e respeitados, nomeadamente:

- “Respeitar a dignidade de cada um;
- Assegurar e manter a confidencialidade dos dados relativamente aos clientes, aos colegas e aos assuntos abordados nas reuniões de supervisão;
- Respeitar o Código Deontológico do Enfermeiro;
- Respeitar a opinião do outro, tendo sempre presente uma atitude de partilha de experiências e de desenvolvimento de novos conhecimentos e competências;
- Respeitar as decisões tomadas, apesar de poder existir desacordo, tendo em mente que todas as decisões são resultado do consenso dos pares e assentes na evidência científica mais atualizada” (Carvalho et al., p. 17).

Como base teórica para o estudo desenvolvido na presente investigação, considera-se assim referência o modelo explicitado, pelos seus pressupostos e pela grande vantagem na flexibilidade, adaptabilidade, abrangência e aplicabilidade nos diversos contextos e realidades clínicas.

O Ministério da Educação, define que o Curso de Licenciatura em Enfermagem “visa assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção” (Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro de 1999, p.6199). Descreve que o Curso de Licenciatura em Enfermagem tem como finalidade assegurar a formação dos estudantes: para a participação na gestão das unidades de saúde e/ou dos próprios estabelecimentos; para a participação na formação dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde dos locais de ensino clínico; bem como para o desenvolvimento de métodos de investigação científica.

A Ordem dos Enfermeiros, a pedido da Agência de Acreditação e Avaliação do Ensino Superior (A3ES) e tendo como sustentação os documentos legais inerentes, definiu, em Abril de 2019, os requisitos aos quais devem obedecer os planos de estudos das Escolas de Enfermagem. Assim sendo, o CLE deve ter a duração de quatro anos curriculares (total de 240 ECTS), em que cada ano letivo tem a duração entre 36 a 40 semanas (60 ECTS), num total de horas compreendido entre as 1500 e as 1680 horas. Cada crédito ECTS compreende não só o contacto presencial do estudante, mas também o horário de trabalho individual. A estrutura curricular apresentada inclui duas componentes: ensino teórico com duração de, pelo menos, um terço da carga horária total do curso (mínimo 80 ECTS), com o objetivo de “aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamentam o exercício profissional da enfermagem” (Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro,

artigo 4^a, p.2); ensino clínico com duração de, pelo menos, metade da carga horária total do curso (mínimo de 120 ECTS), com o objetivo “assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem”.

O ensino teórico integra as modalidades: Teórica (T), Teórica-prática (TP), Práticas (P), Práticas Laboratoriais (PL), Orientação Tutorial (OT) e Seminários (S). A componente de ensino clínico inclui as modalidades de: Estágio (E) ou Ensino Clínico (EC), Orientação Tutorial (OT) e Seminários (S). (Decreto-Lei n.º 42/2005 de 22 de Fevereiro; Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro de 1999; Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro; Ordem dos Enfermeiros, 2019)

3.2 Ensino clínico em Enfermagem

A definição do conceito de ensino clínico, que é central para o estudo em questão, é de alguma complexidade, sendo que a literatura apresenta diversas perspetivas teóricas, mas é transversal a praticamente todos os autores a sua importância no processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional de estudante de enfermagem.

Enquanto que a componente teórica fornece o conjunto de conhecimentos necessários, a componente do ensino clínico permite a execução e aplicação desses mesmos conteúdos em contexto prático, com o desenvolvimento de capacidades e habilidades técnicas (Almeida, 2016).

No Curso de Licenciatura em Enfermagem, este deve ser “assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração de pessoal de saúde qualificado” (Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro, artigo 4^a, p.2). Na concretização dos ensinos clínicos, do processo de formação e aprendizagem, existem três intervenientes fundamentais: o estudante, com um papel central, o docente e o enfermeiro da prática clínica (Barbosa, 2015).

Para Carvalho (2005, p.104), o ensino clínico é “a formação em cuidados de enfermagem pela qual o estudante de enfermagem, integrado numa equipa, e em contacto direto com o indivíduo são ou doente e ou comunidade, aprende a planear, prestar e avaliar cuidados globais de enfermagem exigidos com base nos conhecimentos e aptidões adquiridos”, sendo este possível de ser realizado em meio hospitalar e comunitário, assumindo objetivos e características diferenciadas em cada um dos

contextos. No meio hospitalar, a prestação de cuidados focaliza-se no tratamento de uma situação clínica aguda e mais emergente. Por outro lado, em meio comunitário, o fundamento da prestação de cuidados alicerça-se na prevenção de doenças e comportamentos de risco (Carvalho, 2005).

É no período que corresponde ao ensino clínico que o estudante aplica, num contexto prático, o conjunto de conhecimentos adquiridos na componente teórica. É nesta circunstância que vivencia experiências e se vê confrontado com situações reais de prestação de cuidados que o levam a desenvolver capacidades, competências profissionais e pessoais, bem como atitudes características de um contexto clínico (Almeida, 2016).

Carvalho (1996), Rua (2011), e Serra (2013) afirmam que “a primeira interação com o primeiro ensino clínico, ou com um novo local, é determinante, pelo contacto inicial com material novo, com espaços físicos diferentes e com a observação e/ou a realização de intervenções de Enfermagem, com influência direta na condição de saúde dos clientes (Almeida, 2016, p.9)”

Freitas (2007) defende uma teoria de que o estudante de enfermagem em ensino clínico integra em três mundos que se cruzam entre si e que tem de gerir, integrar e controlar de forma a aprender e a corresponder às exigências do contexto prático e clínico. Estas três dimensões complexas, designadas de mundos, “devido à multiplicidade de sistemas que abarcam, quando intercalados entre si e mediados pelo estudante, refletem a dinâmica clínico-pedagógica a que o mesmo está sujeito”, dividem-se em: mundo escolar, mundo clínico e mundo profissional (Freitas e Terrasêca, 2013, p.38). O mundo escolar relaciona-se com a aprendizagem e formação dita formal, legal e institucional assim como com o desenvolvimento técnico; o mundo clínico reporta-se ao contexto real, específico e singular onde o ensino clínico se desenvolve e abrange “toda a ação, ou melhor, toda a interação, não apenas física, mas psíquica, relacional e comportamental que tem lugar nesse cenário”; e o mundo profissional, que se caracteriza pela construção da sua identidade profissional, da assunção das funções, papéis e responsabilidades inerentes ao que é ser enfermeiro (Freitas e Terrasêca, 2013, p.38).

O ensino clínico caracteriza-se por uma elevada complexidade, decorrente não apenas do meio em si onde este é realizado, mas também pelo conjunto de ações que o estudante precisa de aplicar a par da diversidade relacional que tem de estabelecer com todos os intervenientes: profissionais, professores, os clientes e os seus familiares (Almeida, 2016). Este conjunto de situações revelam-se momentos de transição para o estudante, com alterações a nível formativo, académico, mas também a nível pessoal, na forma como o estudante se vê, vive e se relaciona consigo e com os outros. A novidade, diversidade e complexidade dos locais onde são realizados os ensinos clínicos, todo o

processo de mobilização e aplicação prática dos conhecimentos e habilidades, a concomitante ao crescimento pessoal inerente da idade, o conjunto de relações interpessoais necessárias estabelecer com os clientes e seus familiares, os enfermeiros orientadores e restante equipa de saúde, a tomada de decisão, a gestão de emoções e responsabilidade do papel de estudante de enfermagem, conduzem ao desenvolvimento pessoal e à construção individual e própria de uma identidade profissional. Como já abordado no capítulo anterior, estabelece-se assim a importância da formação basear-se numa perspetiva de desenvolvimento cultural, pessoal, ética e social dos estudantes de enfermagem, a par de toda a exigência científica e técnica próprias da profissão (Abreu, 2007, Almeida, 2016; Carvalho, 2015, Rua, 2011).

Em paralelo a todas as alterações e exigências referidas que ocorrem na vivência de um ensino clínico, existem ainda um conjunto de condições/características que podem influenciar a experiência do ensino clínico bem como todo o processo de desenvolvimento do estudante nas suas diversas dimensões: a sua personalidade e características pessoais, a forma como comunica e se relaciona com o outro, a gestão de emoções e do stresse e as experiências anteriores são alguns dos exemplos (Almeida, 2016; Barbosa, 2015; Melo et al., 2017).

O estudante de enfermagem não pode ser compreendido ou analisado como uma parte, mas sim como uma soma de todas as dimensões que o constituem, como um ser individual e diferente de qualquer outro. Os estilos de vida podem influenciar o estado de saúde e o decurso do desenvolvimento pessoal e profissional. Como tal, numa fase de transição e de tantas mudanças que ocorrem no decorrer do ensino superior, nomeadamente em ensino clínico em enfermagem, com o conjunto de exigências e transformações implícitas e explícitas, torna-se fundamental conhecer a sua realidade e qual a relação e dinâmica que se estabelece entre os conceitos.

A supervisão clínica em enfermagem adquire um papel preponderante em todo o processo e conceitos descritos, na medida em que se pressupõe um acompanhamento interativo, personalizado e contextualizado. Cada estudante é um estudante e a utilização de estratégias de supervisão que vão de encontro a tudo o que foi previamente descrito, poderão ser uma mais valia significativa neste processo tão complexo que é o tornar-se enfermeiro.

4. SAÚDE E OS ESTILOS DE VIDA DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM

O conceito de saúde e de doença têm sofrido alterações ao longo do tempo. Remontando aos tempos ancestrais, a doença era o conceito central e encontrava-se associada a malefícios resultantes de dimensões divinas, espirituais e religiosas. A evolução dos tempos, acompanhada por um desenvolvimento científico e tecnológico encaminhou alterações e novos paradigmas de ver o conceito de doença, mas sendo ainda o conceito de saúde muito redutor e associado meramente à ausência de enfermidades. Um dos grandes marcos da medicina moderna e que influenciou a história e concepção do conceito de saúde atribui-se à dita revolução Pausteriana, com a descoberta da penicilina. Esta descoberta questiona a permissa vigente e traz à equação a existência de microorganismos capazes de causar doenças, sendo assim possível a introdução de vacinas e medicamentos com a função de prevenir e curar. Individualidades ligadas à saúde sucederam-se e realizaram estudos que equacionam a doença e por exemplo, a local de habitação, o estrato social ou as condições sanitárias de uma determinada população (Scilar, 1997; Silva et al., 2018).

O conceito mais habitualmente utilizado na era moderna era, assim, aquele que definia a saúde como a ausência de doença, invalidez ou incapacidade, com um destaque praticamente total em relação à componente física/fisiológica (Figueiredo, 2015, Fontes, 2007; Scilar, 1997; Silva et al, 2018).

A multiplicidade e a ausência de um conceito universalmente admitido do que é a saúde leva à enunciação, pela Organização Mundial de Saúde (1948), de uma nova e mais abrangente definição. Assim sendo, “a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (cit por Silva, 2016, p.27; Scilar, 1997).

“Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. Um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir” (Scilar, 1997, p.37).

Outros avanços foram concretizados a partir da assunção da definição proposta pela OMS e que se relacionam benéficamente com o estado de saúde atual da população. São o exemplo a Declaração de Alma Ata (WHO, 1978) onde fica afirmado que todos os governos têm responsabilidade na saúde dos seus cidadãos e que estes últimos têm o dever e direito de participar no planeamento e execução dos seus cuidados de saúde. Cada indivíduo possui também o direito fundamental de acesso a cuidados e de manutenção do mais alto nível de saúde, sem discriminação de condição social ou económica, raça, religião, e crenças políticas (Scilar, 1997, WHO, 2006).

Scliar (1997), defende que o conceito de saúde não é igual para todos os indivíduos, mas resulta sim de um conjunto de influências pessoais, sociais, económicas, culturais, políticas e da própria época, lugar e estrato social em que a pessoa se insere.

Torna-se assim essencial “refletir sobre saúde, doença e suas dimensões com a vida, qualidade de vida e cuidado de forma que o indivíduo construa um conceito singular de saúde que defina suas reais particularidades” (cit por Silva et al., 2018, p. 422).

Com o avanço científico e tecnológico, paralelo à evolução do conceito de saúde, foi possível aumentar o número de doenças tratadas e curadas, sendo que ainda existe uma grande prevalência de mortalidade e morbilidade associadas a doenças crónicas não transmissíveis – cancro, doença respiratória, doença cardiovascular e diabetes mellitus. No relatório da OMS (2000), são descritos que os fatores de riscos mais prevalentes para este tipo de doenças são o excesso de peso e obesidade, o consumo de tabaco, a falta de atividade física, o baixo consumo de verduras e fruta, o elevado consumo de álcool e de alimentos com elevado teor de gorduras, açúcar e sal. No relatório Europeu de Saúde (2018), os dados mantêm-se sobreponíveis, sendo que a nível Europeu a taxa de consumo de álcool e tabaco é mais elevada que no resto do mundo. Um estilo de vida sedentário, associado a maus hábitos alimentares entre outros comportamentos de risco, coloca a população europeia um elevado risco de desenvolvimento de cancro e doenças crónicas (Ministério da Saúde, 2018).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2012, p.8), “a saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca. (...) a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz (...) no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural”.

Quanto á população portuguesa, a realidade não se desenquadra do panorama previamente descrito (Instituto Nacional de Estatística, 2014). As doenças crónicas assumem um padrão crescente na sociedade portuguesa, onde os atuais estilos de vida surgem associados a fatores de risco e comportamentos influenciadores e determinantes do seu estado de saúde (Ministério da Saúde, 2018). Uma investigação revelou que cerca de 4 em cada 10 portugueses apresenta duas ou mais doenças simultâneas crónicas, sendo este fenómeno mais prevalente em indivíduos mais velhos, do sexo feminino, e com níveis de educação mais baixos (Romana et al., 2019).



Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014.
INE/INSA, 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.

Figura 2 – Proporção da população com 15 ou mais anos por tipo de doença crónica em Portugal em 2005/2006 e 2014 (INE, 2014)

O conceito de Estilo de Vida surge no domínio das ciências sociais e atualmente é conceptualizado por inúmeras definições de acordo com a disciplina do conhecimento que o estuda (Silva, 2016). O ser humano é complexo e, decorrente da sua cultura, do meio em que se insere e consequentemente do processo de socialização que sofre durante toda a vida, manifesta-se através de um conjunto de hábitos e costumes (Figueiredo, 2015). Os Estilos de Vida influenciam e são influenciados por inúmeros fatores individuais, sociais e culturais (Silva, 2016).

Na área das ciências da saúde, o termo “Estilo de Vida” começou a ser utilizado em meados do século XX, no contexto da investigação em saúde pública, com associação a uma perspetiva biomédica (Silva, 2016). A Organização Mundial de Saúde define-o como o modo de vida baseado nas interações entre as condições de vida e os padrões de comportamento, que são determinados por características pessoais e fatores socioculturais (Silva, 2016; Silva, Brito e Amado, 2014). Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (2004) aborda o conceito, referindo que os estilos de vida podem ser entendidos como: “o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais” (pag.2). O conjunto de crenças, valores, atitudes, padrões comportamentais que se manifestam no quotidiano dos indivíduos dependem de inúmeros fatores (económicos, políticos, sociais, culturais e educacionais) que têm inevitavelmente repercussões no

estado de saúde quer a curto, quer a médio e longo prazo. O Estilo de Vida implica escolhas diárias que vão desde o que se come, quando se come, a quantidade e qualidade dos alimentos; o tipo e frequência de atividade física realizada; a forma como lidamos com situações de stress; a forma como comunicamos e interagimos; e até como nos relacionamos com o meio ambiente (Figueiredo, 2015; Silva, Brito e Amado, 2014).

A Direção Geral de Saúde (2004) declara que as doenças cardiovasculares, o cancro, a patologia respiratória crónica, a diabetes mellitus, as doenças osteoarticulares e as perturbações da saúde mental constituem, atualmente, um dos principais fatores responsáveis não só pelo aumento da mortalidade e mobilidade, mas também pela perda da qualidade de vida. Os Estilos de Vida individuais são tidos como a etiologia comum destes problemas, destacando-se entre eles o consumo de tabaco e álcool, os erros alimentares, a inatividade física e a má gestão do stress.

A grande arma para o combate a estes dados passa por uma estratégia de prevenção. As estratégias para a promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa (OMS, 1986), podem sistematizar-se em cinco grandes domínios: “definição de políticas, legislação e regulamentação; criação de ambientes de suporte; reforço da ação comunitária; informação, educação para a saúde e capacitação individual e coletiva (empoderamento) e reorientação dos serviços de saúde” (DGS, 2004).

A definição de políticas, legislação e regulamentação concerne responsabilidades aos decisores políticos de todos os setores da sociedade que afetam e podem interferir na saúde (financeiro, social, jurídico, etc.) e deve compreender um conjunto de ações, normas, atitudes conjuntas e coordenadas no sentido da promoção da saúde da população. A criação de ambientes de suporte relaciona-se com a dimensão biopsicossocial de cada indivíduo e/ou comunidade, que consequentemente tem influência sobre o(a) mesmo(a). Questões como as condições habitacionais, laborais até à conservação da natureza e dos recursos naturais revelam-se essenciais. Com centralidade no empoderamento dos indivíduos e da comunidade utilizando estratégias de informação e educação para a saúde em diferentes instituições (casa, trabalho, escola, etc.), “a promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde” (DGS, 2004, p.3). Por último, na reorientação dos serviços de saúde pressupõe-se um trabalho interdisciplinar entre os indivíduos, comunidades, instituições de saúde, profissionais e governo que vise a criação de um sistema de saúde que satisfaça todas as necessidades de uma pessoa (nas suas variadas dimensões) e não se baseie apenas no tratamento e controlo da doença, mas também e

possivelmente sobretudo nos cuidados de saúde primários, assente numa política de qualidade (DGS, 2004).

Um Estilo de Vida Saudável atua de forma preventiva para a saúde e visa contrariar os fatores de risco previamente inumerados a nível individual, familiar e comunitário. São inúmeras as medidas e ações que podem ser tomadas, sendo que estas surgem sempre como um desafio e uma oportunidade. A Direção Geral de Saúde apresenta algumas recomendações que se inserem nos domínios da alimentação, hidratação, bebidas alcoólicas, atividade física, gestão do stresse, sono e prevenção de acidente, concomitantemente com a divulgação de planos e programas nacionais, como são exemplo o Plano Nacional de Saúde, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física e o Programa Nacional do Controle do Tabagismo.

Não é possível falar em promoção de saúde e Estilo de Vida saudável sem abordar o conceito de autocuidado, que diz respeito à área de enfermagem. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o autocuidado é uma: “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2017, pag.1). Para Orem (2001), o conceito diz respeito ao conjunto de ações, individuais e auto iniciadas, que os indivíduos tomam como forma de preservar a vida e manter o bem-estar físico, mental e social, sendo que abrange não apenas as atividades de vida diária, mas também todos os aspetos vivenciais do quotidiano. A importância da adoção de estilos de vida saudáveis está, hoje em dia, bastante divulgada e grande parte da população possui a informação necessária com vista a adquirir hábitos mais saudáveis. Assim, interpõe-se a importância do conceito relatado no trabalho do enfermeiro enquanto prestador de cuidados de saúde, na consciencialização, responsabilização, capacitação e automonitorização contínua do Estilo de Vida individual e coletivo (Ferreira et al., 2017; Figueiredo, 2016).

A fase de desenvolvimento da adolescência e do jovem adulto em que se encontra um estudante do ensino superior, acarreta por si só um conjunto de alterações biopsicossociais. A entrada para o ensino superior surge como um novo processo de transição desenvolvimental, de passagem para a vida adulta e proporciona concomitante um conjunto de modificações e interrogações ao nível das crenças, atitudes e valores transmitidos pela família ao longo da sua vida, ao qual o jovem necessita de se adaptar e situar. Por conseguinte, os estilos de vida dos estudantes do ensino superior assumem características muito próprias, influenciados por diversos aspetos, associados a um aumento da autonomia, independência e do poder de decisão sobre a maneira como querem viver e estar, que

podem determinar a sua saúde de uma forma mais positiva ou negativa. Este período de transição pode comprometer a saúde do estudante, uma vez que Ferreira et al., Martins e Silva apontam para a adoção de alguns comportamentos considerados de risco relacionados com os estilos de vida, nomeadamente o exercício físico, a alimentação, hábitos de consumo de álcool, tabaco e outras drogas, bem como o comportamento sexual. Outros autores ainda acrescentam outros dados relacionados com o Estilo de Vida e podem também influenciá-lo. São exemplo o tempo de descanso/sono, o stress, a ansiedade e preocupação com o desempenho e resultados académicos, a carga horária extensa das aulas e ensinamentos clínicos, o afastamento da vida familiar e a adaptação a uma nova cidade. Embora a atenção dada ao tema tenha vindo a crescer nos últimos anos, ainda existe pouca evidência no que diz respeito a resultados, sendo assim importante delinear estudar e planejar intervenções que promovam estilos de vida saudáveis logo desde o primeiro ano do ensino superior (Ferreira et al., 2017; Martins, 2008; Silva, 2016).

No grupo específico dos jovens universitários (Silva, 2016), os estilos de vidas não adequados relacionam-se com a alimentação incorreta, a inatividade física, o consumo de tabaco, álcool e drogas, as relações entre pares e com o seu grupo social, os comportamentos sexuais e reprodutivos. A longo prazo estes também se relacionam com a manifestação de doenças crónicas não transmissíveis (obesidade, cancro, doenças cardiovasculares, etc.). O Estilo de Vida, ou seja, o conjunto de comportamentos habituais e quotidianos de um indivíduo, podem influenciar positiva ou negativamente a sua condição de saúde. É assim essencial perceber quais os fatores que influenciam de forma mais negativa as pessoas e no caso específico, os jovens estudantes do ensino superior (Ferreira et al., 2017; Silva, 2016, Silva, Brito e Amado, 2014).

No que diz respeito aos universitários que estudam enfermagem, o perfil de saúde e de estilos de vida assume também características próprias, mas que apresenta, como seria de esperar, similaridades com a panorâmica geral de um estudante do ensino superior. Num estudo realizado por Figueiredo et al. (2017) numa Escola Superior de Enfermagem no norte do país, os resultados apontam para que os estudantes de enfermagem apresentam uma baixa atividade física, alteração do padrão nutricional, alteração do sono e baixa capacidade para gestão do stress. O consumo de tabaco é maior nas estudantes do sexo feminino e o consumo de álcool menor neste grupo. Quanto ao bem-estar psicológico dos estudantes este manifestou-se mediano e são ainda manifestos problemas com autoestima, confiança e otimismo (Ferreira et al., 2017). A literatura indica-nos que a fase em que os estudantes se encontram em ensino clínico acaba por ser um fator com impactos negativos nos seus estilos de vida, sendo as áreas previamente descritas que se encontram as mais afetadas.

Tendo como ponto de partida as considerações previamente descritas e acrescentando a preocupação das instituições do ensino superior com o estilo de vida e bem-estar dos estudantes, surge o conceito de redes e universidades promotoras de saúde, que se baseou na experiência e aprendizagem resultantes de diversos projetos desenvolvidos a nível global nesta área (UP, 2015). Silva (2016, p.69) afirma que uma Universidade Saudável ou uma Universidade Promotora de Saúde “é aquela que incorpora a promoção da saúde no seu projeto educativo e laboral, com o fim de propiciar o melhor desenvolvimento humano e melhorar a qualidade de vida dos que estudam e trabalham, com o objetivo de formar pessoas que sejam também modelos e promotores de comportamentos saudáveis nas suas famílias e comunidade”.

A Carta de Edmonton, datada de 2006, refere que as universidades e instituições de ensino superior promotoras de saúde “têm em conta os seus sistemas, processos e cultura e a influência que estes fatores internos exercem na saúde e bem-estar tanto ao nível individual como organizacional. Além disso aceitam a responsabilidade de assumir um papel de liderança de modo a contribuir para o aumento da saúde e bem-estar da sociedade em geral através da colaboração em rede” (UP, 2015, p.4). Numa nova carta – Carta de Okanagan (2015) - a visão é de que todos os membros ativos das universidades (estudantes e colaboradores) são reconhecidos como participantes de comunidades saudáveis, e que terão assim um conjunto de práticas e políticas orientadoras para a promoção da saúde (Figueiredo, 2017).

A um nível local, a Universidade do Porto, apostou no Lançamento do Programa de Educação para a Saúde (2007), na elaboração de uma proposta para uma atuação em rede, envolvendo os diferentes serviços de apoio ao estudante existentes na Universidade, nos domínios da integração, saúde e bem-estar e sucesso académico (2010) e na criação do Grupo de Promoção da Saúde e Bem-estar (2013) (UP, 2015).

A saúde, as suas dimensões e características, bem como os fatores que a influenciam positiva ou negativamente revelam-se essenciais. Dentro desta dinâmica surge o conceito de Estilos de Vida que adquire um papel central no presente estudo, nomeadamente numa população específica e com características próprias como são os estudantes de enfermagem.

5. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Após a conceptualização do tema em estudo, torna-se pertinente determinar um método de investigação que dê resposta aos seus objetivos.

A investigação científica permite a obtenção de novos conhecimentos e paralelamente ao desenrolar de qualquer profissão, promove a melhoria da prática em termos de conhecimentos e capacidades, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Fortin, 2009).

A fase metodológica, que compreende todo o desenho do estudo com as decisões e planeamento definidos, constitui uma etapa fundamental no desenvolvimento de todo o processo (Fortin, 2009).

A presente investigação pode descrever-se como um estudo descritivo/exploratório, na medida em que pretende identificar e obter informação sobre um fenómeno, utilizando de um método quantitativo e qualitativo, em duas fases consequentes (Fortin, 2009). Na primeira fase, a recolha de dados foi efetivada através da aplicação de um questionário e, numa segunda fase, foi realizado um *focus group*.

No presente capítulo irão ser apresentadas as etapas que constituíram a investigação, com ponto de partida nos objetivos, a caracterização da população e da amostra, seguido do instrumento de colheita de dados. Serão, por fim, apresentadas algumas questões éticas implícitas.

5.1. Objetivos

Através da reflexão da temática apresentada e respetivas problemáticas expostas, a investigação apresenta como objetivos:

- ✓ Identificar e caracterizar os estilos de vida dos estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, numa escola do norte do país;
- ✓ Avaliar a relação entre os estilos de vida, variáveis sociodemográficas, autoestima e bem-estar psicológico em estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, numa escola do norte do país;

- ✓ Identificar contributos para estratégias de supervisão clínica promotoras de estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem em ensino clínico, numa escola do norte do país.

5.2. População e amostra

Para esta investigação utilizou-se, numa primeira fase uma amostra do tipo não probabilística intencional ou por escolha racional, uma vez que, para além de ser um método fácil e barato, permite o acesso a pessoas mais disponíveis para participar no estudo (Fortin, 2009; Pinto, 2013). O questionário de “Tenho um estilo de vida Fantástico?” (Silva, 2016) foi disponibilizado a todos os estudantes que se encontravam a frequentar o 3º ou 4º ano do Curso de Licenciatura da Escola Superior de Enfermagem, no ano letivo de 2017/2018, ou seja, todos estudantes que se encontravam em ensino clínico. Foi enviado, através de um *link* para o correio eletrónico institucional dos mesmos, para preenchimento *on-line*, numa população total de 620 estudantes. Foram obtidas um total de 414 respostas, sendo esta a amostra estabelecida.

Numa segunda fase e com o objetivo principal de clarificar e consolidar os resultados obtidos com a análise dos dados decorrentes da primeira fase, foi concretizada a realização de um *focus group*. Dentro desta amostra, do tipo não probabilística intencional, a população integrante do *focus group* foi constituída por 10 elementos: 5 do 3º ano e 5 do 4ºano, selecionados de forma aleatória (dentro de cada um dos anos), por se terem voluntariado a continuar a pertencer ao estudo, aquando do preenchimento do questionário da primeira fase.

5.3 Estudo quantitativo: Instrumentos de colheita de dados

A forma mais comum de avaliação no contexto de estudantes do ensino superior são os questionários por serem de fácil aplicação, baixo custo e pelo número elevado de pessoas que é possível atingir (Silva, 2016). Silva (2016) no seu estudo, realiza uma revisão de literatura com vista a analisar a contribuição dos vários instrumentos para a avaliação dos estilos de vida em estudantes universitários. Embora existam vários instrumentos em Portugal que avaliam os estilos de vida e de saúde validados, o instrumento que acaba por se revelar mais adequado é resultante da investigação de Silva (2016), no que diz respeito à sua qualidade antropométrica na população, acrescentando outras

vantagens como por exemplo o autodiagnóstico do estudante que recebe no final, os resultados e as orientações para melhoria. O autor acaba por destacar o instrumento “*Tienes un estilo de vida fantástico?*” da autoria de Lange Vio (2006) para a elaboração do seu estudo, tendo sido aceite pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde. O instrumento tem por base um outro questionário de autopreenchimento e que permite avaliar aspetos como o bem-estar psicossocial, elaborado por Wilson e Ciliska (1984). A sua aplicação (com avaliação da validade e fiabilidade) em jovens adultos foi concretizada por Rodrigues-Añez et al. (2008). (Silva, 2016).

O questionário aplicado baseia-se na investigação de Silva (2016), que inclui questões sobre comportamento anterior, fatores pessoais (sociofamiliares), dados antropométricos, perceção do estilo de vida; a avaliação da imagem corporal de acordo com a representação das silhuetas de Stunkard et al. (2003); a Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), traduzida e validada para a população portuguesa (Santos e Maia, 2003); QBEP – Questionário de Avaliação do Bem-estar Psicológico: versão reduzida, versão portuguesa (Rainho et al., 2012) e a versão portuguesa do “Estilo de Vida FANTÁSTICO” (Silva, Brito e Amado, 2014).

A consistência interna refere-se à concordância que existe entre todos os enunciados pertencentes a um determinado instrumento, na medição/avaliação de um determinado conceito. Quanto maior é correlação dos enunciados, maior é a consistência interna. O cálculo do coeficiente do alfa de Cronbach (α) é a medida utilizada para tal efeito, sendo que este pode assumir valores entre 0 e 1 (Fortin, 2009). Pelo facto de neste estudo ser aplicado um instrumento previamente utilizado noutra investigação, com características semelhantes, procedeu-se à avaliação da consistência interna das diferentes escalas como forma de verificação da adequação na medição dos conceitos em questão. De um modo geral, quando o alfa de Cronbach é superior a 0,70, é considerado que o instrumento possui uma boa consistência interna, com a exceção para investigação na área das ciências sociais em que valores acima de 0.60 já considerados aceitáveis (Marroco e Garcia-Marques, 2006).

Os valores de consistência interna de cada um dos instrumentos serão apresentados no capítulo dos resultados.

5.3.1. Questionário de Estilo de Vida

Silva, Brito e Amado (2014) traduziram, adaptaram e validaram o questionário previamente referido para a população portuguesa (Silva, 2016). Fizeram parte da amostra do estudo um total de 707 estudantes matriculados em instituições do ensino superior da Região Centro de Portugal, num total dos cursos de Enfermagem (84%), Terapia da fala (5,4%), Terapia Ocupacional (5,0%), Fisioterapia (3%) e Dietética (2,4%), com uma amostragem não probabilística de conveniência.

Da investigação resultou o Questionário de Estilo de Vida FANTÁSTICO, um “instrumento de autopreenchimento e avaliação que explora os hábitos e os comportamentos na população-alvo em relação aos estilos de vida adequados para a saúde” (Silva, 2016, p.127), com requisitos cumpridos a nível de validade de constructo e validade concorrente, consistência interna e externa. O questionário é constituído por um total de 30 questões (itens), todas elas com resposta fechada, “que exploram dez domínios dos componentes físicos, psicológicos e sociais do estilo de vida e que se identificam com a sigla ‘FANTÁSTICO’”:

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
• Família e Amigos	• Atividade física/Associativismo	• Nutrição	• Tabaco	• Álcool e outras drogas	• Sono/stress	• Trabalho/Tipo de personalidade	• Introspeção	• Comportamento de saúde e sexual	• Outros Comportamentos

Figura 3 - Domínios do Questionário de Estilo de Vida Fantástico (Silva, 2016)

“Os itens têm três opções de resposta com um valor numérico de 0, 1 ou 2. As alternativas estão dispostas em três linhas para facilitar a sua codificação, e a primeira é sempre a de maior valor ou de maior relação com o estilo de vida saudável. Somando-se os pontos resultantes de todos os domínios e multiplicando-os por dois permite chegar a um score global que classifica os indivíduos de 0 a 120 pontos” (Silva, 2016, p.127).

5.3.2. Imagem Corporal

A imagem corporal integra a percepção de um indivíduo sobre as formas, tamanho e partes constituintes do seu corpo, bem como os sentimentos e representações mentais a ela associados (Rendeiro et al., 2019; Silva e Silva, 2019). Para Cash e Smolack (2011), este conceito é um fenómeno multidimensional, que compreende fatores que podem dividir-se em duas componentes: “perceptivo, que está relacionado à estimativa do tamanho e da forma do corporal, podendo ocorrer distorção da imagem corporal; e o atitudinal, definido como a dimensão da imagem corporal relacionada aos aspetos de insatisfação geral, afetivos, cognitivos e comportamentais, relacionados ao corpo” (Silva e Silva, 2019, p.5)

A Escala de Silhuetas masculinas e femininas desenvolvida por Stunkard, Sorensen e Schulsinger em 1983 é um instrumento de avaliação que integra nove figuras humanas (quer masculinas, quer femininas), que aumentam gradualmente de tamanho corporal, desde a mais magra até á mais gorda. Numa primeira questão, o estudante seleciona o valor que corresponde á imagem que acredita representar mais fielmente a sua forma corporal - ou seja, a real; numa segunda questão, seleciona a imagem corporal que gostaria de ter – ou seja, a ideal (Rendeiro et al., 2019; Silva e Silva, 2019, Silva, 2016). “O índice de discrepância é calculado pela subtração da imagem atual da ideal. Se o resultado for igual a zero, a classificação corresponde à satisfação com o tamanho corporal. Já a diferença acima de duas pontuações indica a intensidade da insatisfação com a imagem corporal” (Silva e Silva, 2019, p.5).

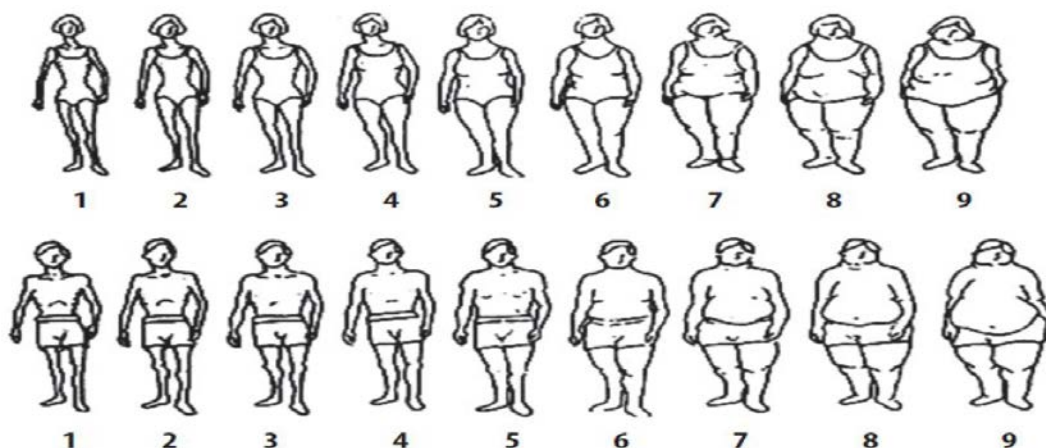


Figura 4 - Silhuetas masculinas e femininas de Stunkard et al. (1983)

5.3.3. Rosenberg self-esteem scale

A autoestima é um conceito auto-avaliativo e que se refere à avaliação que um indivíduo efetua sobre si próprio (Romano et al., 2007). Rosenberg (1965), cit. por Santos (2008, p.2), define o conceito como “(...) uma atitude positiva ou negativa relativamente a um objeto particular, a saber, o self”.

A *Rosenberg Self-esteem Scale* é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a autoestima global (Romano et al., 2007; Santos, 2008). A tradução e adaptação para a população portuguesa foi realizada e melhorada por diversos autores em consonância com a amostra (Santos, 2008; Silva, 2016). A versão utilizada na presente investigação é de Sandra e Maia (2003). Santos (2008) utilizou esta versão do instrumento em estudantes do ensino superior, tendo obtido resultados que indicam a sua adequação a esta população em particular. A escala é do tipo *Likert* com 10 itens (5 de orientação positiva e 5 de orientação negativa), com respostas que variam entre: “Concordo muito”, “Concordo um pouco”, “Discordo um pouco” e “Discordo Muito”. A cotação dos itens assume valores entre 1 e 4 pontos, sendo que o nível de autoestima pode variar entre 10 (mínimo) e 40 pontos (máximo), com cotação invertida nos itens de orientação negativa (2, 5, 6, 8, 9). Por conseguinte, elevados valores nas respostas aos itens aparecem associados a altos níveis de autoestima e baixos valores a uma reduzida autoestima (Silva, 2016).

1. De uma forma geral, estou satisfeito comigo mesmo(a)
2. Às vezes penso que não presto para nada
3. Penso que tenho algumas boas qualidades
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas
5. Creio que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar
6. Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil
7. Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros
8. Gostaria de ter mais consideração por mim próprio(a)
9. Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um (a) falhado(a)
10. Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa

Figura 5 - Itens que constituem a Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)

5.3.4. QBEP – Questionário de Avaliação do Bem-estar Psicológico: versão reduzida, versão portuguesa

O conceito de bem-estar psicológico relaciona-se com o crescimento pessoal, a autodeterminação, a procura de um projeto de vida e do desenvolvimento pessoal de um indivíduo e que pode ser identificado através de um conjunto de recursos psicológicos, nomeadamente processos emocionais (Pereira et al., 2018).

A versão reduzida do Questionário de Bem-estar Psicológico é um dos instrumentos utilizados para a avaliação deste conceito. Foi primeiramente validado para a população Italiana por Grossi et.al (2006) e inclui dimensões como a vitalidade, a ansiedade e o autocontrolo. A versão para a população portuguesa do instrumento foi traduzida e adaptada por Rainho et al. (2012) e realizada a confirmação da análise fatorial em 2018 por Pereira et al.. É uma escala do tipo Likert, constituída por seis itens, com uma cotação entre os 0 e os 5 pontos, com um total obtido a partir da soma de obtida em todos os itens, num resultado mínimo de 0 pontos e máximo de 30 pontos, sendo a pontuação invertida nos itens 2, 3 e 6. Quanto maior o valor nas respostas aos itens (e consequentemente, maior o valor total) associam-se níveis mais altos de bem-estar psicológicos e a valores menores correspondem níveis de bem-estar psicológico mais baixos (Pereira et al., 2018; Silva, 2016).

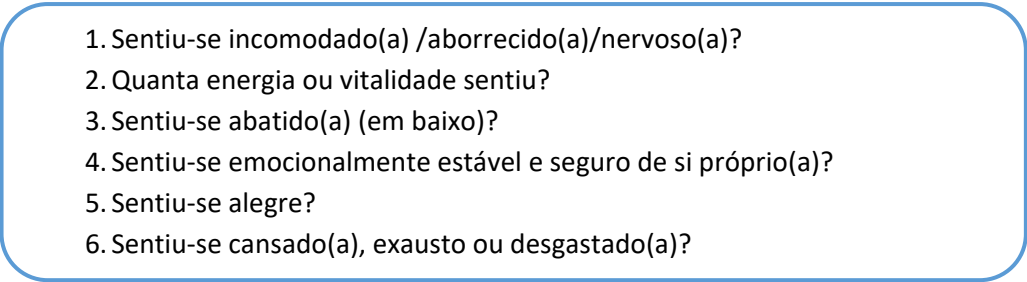
- 
1. Sentiu-se incomodado(a) /aborrecido(a)/nervoso(a)?
 2. Quanta energia ou vitalidade sentiu?
 3. Sentiu-se abatido(a) (em baixo)?
 4. Sentiu-se emocionalmente estável e seguro de si próprio(a)?
 5. Sentiu-se alegre?
 6. Sentiu-se cansado(a), exausto ou desgastado(a)?

Figura 6 - Itens que constituem o Questionário de Bem-Estar Psicológico (QBEP), versão abreviada (2012)

5.4. Estudo Qualitativo - Focus group

Focus group (ou discussão de grupo) é uma metodologia de recolha de dados através de uma discussão entre um determinado grupo de pessoas, sobre um tema de interesse para o investigador (Fortin, 2009). O *focus group* é um método de colheita de dados, de carácter qualitativo, onde é realizada uma discussão com um pequeno grupo de pessoas que partilham opiniões, conhecimentos, sentimentos e experiências sobre um determinado tema (Oliveira et al., 2018). Tem como principal objetivo, e pelo facto de se enquadrar no paradigma qualitativo, a compreensão de um determinado fenómeno relacionado com os participantes e o tema em estudo, através das suas palavras, comportamentos e reações. Estabelece-se no seu decorrer, entre o grupo, uma troca de ideias, percepções, opiniões e explicações que podem depois ser analisadas pelo investigador. As principais vantagens descritas são o facto de serem de execução rápida (quando comparadas a entrevistas individuais), o baixo custo, a riqueza de dados produzidos através não só das ideias apresentadas, mas também pela interação e dinâmica entre participantes durante o momento em que este ocorre. As principais desvantagens relacionam-se com perícia necessária pelo investigador para moderar a discussão, bem como a influência que este pode causar nos dados gerados. Esta tem sido uma técnica de colheita de dados cada vez mais utilizada em investigação, nomeadamente no domínio das ciências sociais. É frequentemente combinada com outros métodos, como é o caso do presente estudo, surgindo após a recolha de dados através de uma metodologia quantitativa, com a interpretação dos resultados nessa fase obtidos. Segundo Bloor et al. (2001), Krueger e Casey (2009) e Morgan (1998), a realização de um *focus group* pressupõe um conjunto de etapas que devem ser garantidas, nomeadamente o planeamento, a preparação, a moderação, a análise de dados e por fim a divulgação dos dados. No planeamento enquadram-se a definição de objetivos, a escolha dos participantes, o tamanho do grupo desejado e a elaboração do guião de entrevista (Fortin, 2009; Silva, Veloso e Keating, 2014).

Para o planeamento do presente estudo foram definidos como objetivos:

- Clarificar os resultados obtidos com a aplicação do questionário “Tenho um estilo de vida Fantástico?”
- Obter possíveis explicações para os resultados obtidos com a aplicação do questionário “Tenho um estilo de vida Fantástico?”
- Recolher contributos para a identificação de estratégias promotoras de estilos de vida saudáveis em estudantes em ensino clínico do curso de licenciatura em enfermagem

A população integrante do *focus group* foi constituída por 10 elementos: 5 estudantes do 3º ano e 5 do 4º ano do curso de licenciatura em enfermagem, selecionados de forma aleatória (dentro de cada um dos respetivos anos), por se terem voluntariado a continuar a pertencer ao estudo, aquando do preenchimento do questionário na primeira fase.

O guião da entrevista foi elaborado em formato *PowerPoint* apresentado ao grupo, onde constam, por opção metodológica decorrente da análise dos dados quantitativos inerentes à realização do questionário: os resultados referentes às temáticas da autoestima, bem-estar psicológico e os domínios sono/stress e trabalho/tipo de personalidade (ANEXO IV).

Na fase de preparação, devem ser tidas em conta as questões logísticas e o recrutamento dos participantes. Por conseguinte, o *focus group* foi efetuado numa sala reservada na instituição de ensino dos participantes do estudo. O recrutamento foi realizado via email solicitando a participação de cada um dos estudantes individualmente. Foi entregue também, no dia, um consentimento informado, que cada um dos estudantes assinou (ANEXO V).

Na fase da moderação, quem participa na moderação da discussão e o tempo despendido são aspetos fundamentais. Participaram dois elementos: o investigador e a co-orientadora da dissertação, por ser um elemento mais experiente na utilização da técnica e assim conferir uma vantagem à mesma. A duração foi de aproximadamente duas horas e trinta minutos, estando adequado ao que a literatura descreve.

Para a análise de dados deve assegurar-se previamente a gravação de toda a discussão, que neste caso foi efetuada através de uma gravação áudio, que foi guardada, copiada e transcrita integralmente posteriormente (Anexo VI).

Como metodologia de análise de dados, foi utilizada a análise de conteúdo, que consiste na medição da intensidade, ordem ou frequência do discurso, expressões, frases ou acontecimentos (Fortin, 2009). Em acrescento, permite através de um processo metódico a interpretação do que é dito, da forma que é dito, contribuindo para a explicação, compreensão, análise ou verificação de uma determinada temática (Miranda, 2015). Para esta análise existem variadas metodologias, sendo a de Bardin a utilizada no presente estudo.

Bardin surge como uma das autoras que define um método, comumente utilizado em investigação, descrevendo-o em três grandes etapas sequenciais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e dos resultados e respetiva interpretação (Bardin, 1997).

A pré-análise corresponde à fase de organização, onde surgem as primeiras intuições, ideias e linhas condutoras de um plano de análise inicial. Apresenta geralmente três objetivos: “a escolha dos

documentos a serem analisados, a formulação de hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que alicercem a interpretação final”. É parte integrante a leitura flutuante, que consiste como o próprio nome indica, numa leitura inicial e transversal, contribuindo para a formação das primeiras ideias e orientações, sendo esta progressivamente aprofundada, crítica e seletiva como forma de condução ágil que são as hipóteses e objetivos e consequente preparação para a próxima fase (Bardin, 1997). A fase de exploração “longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação, desconto ou enumeração” (Bardin, 1997, p.101). Por último, na fase de tratamento de resultados, é realizada a interpretação e tratamento de forma a que estes sejam válidos e significativos. Podem ser elaborados esquemas, quadros, entre outros, de forma a que seja de fácil e rápido acesso as informações essenciais, fruto da análise (Bardin, 1997).

A última fase – divulgação de resultados – assume-se com a realização e apresentação da presente investigação.

5.5. Procedimentos éticos

As preocupações éticas na investigação científica começaram a tornar-se relevantes através da necessidade de respeitar os direitos e princípios éticos, nomeadamente por experiências incorretas realizadas no decorrer da Segunda Guerra Mundial. O investigador, em toda e qualquer investigação, que procure novos conhecimentos, ainda para mais na área da saúde em que se envolvem diretamente seres humanos, deverá estabelecer um limite ético referente à manutenção do respeito pelos direitos da pessoa, respeitados os códigos éticos inerentes.

Durante a execução deste estudo, não se previu qualquer dano físico ou psicológico para os participantes e não foram esquecidos alguns dos princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana, que se concretizaram da seguinte forma:

- Respeito pelo consentimento livre e esclarecido e pela autodeterminação – todos os participantes tiveram acesso à informação no que concerne à contextualização do estudo e da problemática, ou seus objetivos, salientando-se, ainda, o carácter voluntário da participação durante todo o estudo;
- Respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais – este princípio envolve o direito à privacidade e intimidade de cada um, pelo que, o indivíduo é livre de escolher a informação de cariz pessoal, que pretende ou não tornar pública. No início do questionário entregue a cada estudante, com o propósito de assegurar a confidencialidade

dos dados e o anonimato, explicam-se a forma como proceder nesse sentido; na realização do *focus group* foi assinado por todos os participantes um consentimento informado. Foi, ainda, salientado que o anonimato seria assegurado, em qualquer publicação ou divulgação que venha a efetivar-se;

- Respeito pela justiça e pela equidade – este parâmetro remete para a importância e direito que os participantes têm em ser tratados de forma justa e equitativa, antes, durante e após a investigação. Desta forma, toda a informação correspondente à natureza, objetivos e duração da investigação, bem como em relação aos métodos a utilizar, foi fornecida aos inquiridos. O investigador disponibilizou-se para esclarecer qualquer dúvida de forma presencial ou através do contacto de *email* disponibilizados - informação integrada no *email* enviado a cada participante ou de forma oral na realização do *focus group*;
- Respeito pela não maleficência e beneficência – neste estudo foi feito um esforço pela preservação do bem-estar dos participantes e pelo respeito do princípio da não maleficência, impedindo o desconforto e prejuízo que possa advir da investigação em curso.

A recolha de dados, com os estudantes do 3º e 4º ano da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi autorizada pela mesma instituição, cumprindo todos os requisitos estabelecidos pela sua comissão de ética e de proteção dos inquiridos (ANEXO II).

6. RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos em cada uma das fases consecutivas do estudo. Inicia-se pela apresentação dos dados sociodemográficos, como forma de caracterização da amostra; segue-se a apresentação de um conjunto de dados que pretendem identificar e clarificar os estilos de vida dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. Seguidamente serão explicitados, sequencialmente, os resultados que relevam para cada um dos objetivos definidos à partida.

Os resultados que a seguir se apresentam foram obtidos com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22 para o Windows[®].

6.1 Caracterização sociodemográfica dos estudantes

No total participaram no estudo 414 estudantes que se encontravam a frequentar o 3º ou 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no ano letivo de 2017/2018, ou seja, todos estudantes que se encontravam em ensino clínico.

A caracterização sociodemográfica dos estudantes será feita através do ano curricular (ano em que está inscrito em mais unidades curriculares), sexo, idade, estar ou não deslocado(a) de residência e ser ou não trabalhador estudante.

Quadro 1 - Distribuição da amostra pelo ano curricular

Ano curricular	n	Percentagem (%)
3º ano	232	56
4º ano	182	44
Total	414	100

O Quadro 1 indica-nos que os estudantes que participaram no estudo apresentam, quanto ao ano curricular que frequentam, uma distribuição quase homogénea, sendo que 56% (n=232) deles frequentam o 3º ano e 44% (n=182), encontram-se no 4ºano.

Quadro 2 – Distribuição da amostra pelo sexo

Género	n	Percentagem (%)
Masculino	47	11,4
Feminino	367	88,6
Total	414	100

No que diz respeito ao género, predomina nos estudantes inquiridos o género feminino, sendo 88,6% (n=367) do género feminino e 11,4% (n=47) ao género masculino.

Quadro 3 – Distribuição da amostra pela idade

Idade	n	Percentagem (%)
19	4	1,0
20	179	43,2
21	138	33,3
22	54	13,0
≥23	39	9,5

A idade média dos estudantes que participaram no estudo foi de $21,16 \pm 2,18$ anos, em que a idade mínima foi 19 anos e a máxima foi de 42 anos. A idade mais predominante são os 20 anos (moda), com uma representação de 43,2% (n=179), seguido de 33,3% (n=138) dos estudantes com 21 anos e de 13,0% (n=54) com 22 anos. Por fim, 9,5% (n=39) apresentam idade igual ou superior a 23 anos e apenas 1% (n=4) uma idade de 19 anos.

Quadro 4 – Distribuição da amostra quanto a estar deslocado da residência ou não

Deslocação de residência	n	Percentagem (%)
Não	293	70,8
Sim	121	29,2
Total	414	100

Quanto à deslocação da residência, a maioria dos estudantes, ou seja, 70,8% (n=293) não se encontra deslocado, enquanto que os restantes 29,2% (n=121) se encontram a residir fora da sua área.

Quadro 5 – Distribuição da amostra por ser ou não trabalhador estudante

Trabalhador estudante	n	Percentagem (%)
Não	358	86,5
Sim	56	13,5
Total	414	100

Como descrito no Quadro 5, é possível verificar que 86,5% dos estudantes (n=358) não é trabalhador estudantes, havendo um total de 13,5% (n=56) deles que o são.

6.2. Percepção corporal

No domínio da percepção corporal, em relação ao número que representa a forma como este se veem, a média foi de $4,62 \pm 1,44$, sendo que a maioria (52,5%, $n=217$), selecionou o nº 4 e 5; existem ainda 21,9% estudantes ($n=91$) que selecionam números inferiores a estes e 25,7% ($n=106$) que se veem com números situados entre o 6 e o 9. No que diz respeito ao número que representa a forma que os estudantes gostariam de se ver, a média foi de $3,85 \pm 0,83$. Cerca de metade dos mesmos (51%, $n=211$), responderam o número 4 como o número correspondente á forma como gostariam de se ver; 31,1% ($n=129$) indicaram o número 2 e 3; 17,6% ($n=73$) respondem o número 5 e 6. Por último, quanto ao número que os estudantes consideravam ser saudável, a média foi de $3,99 \pm 0,78$; pouco mais de metade (52,2%, $n=215$) considerou o número 4 como sendo o que representava ser a forma mais saudável; 24% ($n=99$) dos estudantes responderam o número 3; 21,4% ($n=88$) responderam o número 5; 1,5% ($n=6$) escolheram o número 6 e apenas 0,8% ($n=6$) selecionaram os números 6 e 8. Afere-se que, apesar da dispersão, a maioria dos estudantes posiciona-se nas silhuetas 3, 4 e 5. Sendo que a maior dispersão de escolha ocorreu na escolha da silhueta que representa a forma como se vêem.

Quadro 6 - Hipóteses de resposta e respetivas frequências e percentagens relativas à avaliação da imagem corporal de acordo com a representação das silhuetas de Stunkard et al. (2003)

Percepção Corporal	Resposta	Frequência	Percentagem (%)	Média	Desvio Padrão
Qual o nº que representa a forma como se vê:	1	3	0,7%	4,62	2,18
	2	25	6,0%		
	3	63	15,2%		
	4	100	24,2%		
	5	117	28,3%		
	6	69	16,7%		
	7	26	6,3%		
	8	9	2,2%		
	9	2	0,5%		
Qual o nº que representa a forma como gostaria de ser:	2	15	3,6%	3,85	0,83
	3	114	27,5%		
	4	211	51,0%		
	5	70	16,9%		
	6	3	0,7%		
	10	1	0,2%		

Percepção Corporal	Resposta	Frequência	Percentagem (%)	Média	Desvio Padrão
Qual o nº que representa ser saudável:	2	6	1,5%	3,99	0,78
	3	99	24,0%		
	4	215	52,2%		
	5	88	21,4%		
	6	3	0,4%		
	8	3	0,4%		

6.3. Classificação do estilo de Estilo de Vida

Quanto ao número que os estudantes classificaram o seu estilo de vida, em que 0 representa um estilo de vida nada saudável e 10 um estilo de vida muito saudável, a média total obtida foi de $6,67 \pm 1,48$. A maior percentagem obtida (31,4%, n=130) corresponde ao valor 7; 19,1% (n=79) dos estudantes classificam o seu estilo de vida entre o valor 0 e o 5; 19,8% (n=82) classificam-no com o valor 6; 23,9% (n=99) classifica com o valor 8 e os restantes 5,8% (n=24) classificam o seu estilo de vida com o valor 9 ou 10. No geral, 80,9% (n=335) classificam o seu estilo de vida acima do valor 5, existindo ainda 19,1% (n=79) dos estudantes que o classificam com um valor igual ou inferior a 5:

Quadro 7 - Média, Desvio-padrão e distribuição das percentagens e frequências da classificação do estilo de vida

		Frequência	Percentagem (%)	Média	Desvio Padrão
Numa escala de 0 a 10, como classifica o seu estilo de vida (0 representa um estilo de vida nada saudável e 10 um estilo de vida muito saudável)?	0	1	0,2%	6,67	1,48
	1	2	0,5%		
	3	13	3,1%		
	4	11	2,7%		
	5	52	12,6%		
	6	82	19,8%		
	7	130	31,4%		
	8	99	23,9%		
	9	17	4,1%		
	10	7	1,7%		

6.4. Estilo de Vida Fantástico

De acordo com a proposta feita pelo instrumento “Estilo de Vida Fantástico”, classificando as respostas dos indivíduos em cinco categorias, a categorização dos participantes deste estudo, encontra-se apresentada no Quadro 13. Salienta-se a classificação final, com a maioria dos estudantes a situar-se na classificação de “Regular, Não adequado +” (51,2%, n=212); acresce haver uma percentagem de 14,0% (n=58), que atinge a pior classificação possível, ou seja, “Necessita de melhorar, não adequado ++”.

Quadro 8 - Classificação do questionário de Estilo de Vida Saudável

Pontuação final do EVF	Classificação do Estilo de Vida	n	Percentagem (%)
103 a 120	Excelente, Adequado + +	0	0%
85 a 102	Muito Bom; Adequado +	47	11,4%
73 a 84	Bom; Adequado	97	23,4%
42 a 72	Regular; Não adequado +	212	51,2%
0 a 46	Necessita de melhorar; não adequado + +	58	14,0%

Quanto à escala do Estilo de Vida, a análise dos valores de alfa de Cronbach sugerem um bom índice de consistência interna relativamente ao valor global ($\alpha = 0,78$). Comparativamente ao estudo de Silva (2016), o valor da consistência interna foi de: $\alpha = 0,75$.

Os valores de alfa se o item fosse eliminado para cada um dos 30 itens da escala, variam entre 0,75 (item 24) e 0,782 (item 8).

No que se refere à correlação entre itens, os valores oscilam entre 0,12 (item 28), sendo este o valor mais baixo e o valor mais elevado 0,60 (item 24).

Quadro 9 - Alfa de Cronbach para o Estilo de Vida por item

Estilo de Vida	Média de escala se o item for excluído	Correlação de item-total corrigido	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Item 1	42,75	0,339	0,770
Item 2	42,82	0,261	0,772
Item 3	44,06	0,143	0,781
Item 4	43,34	0,221	0,775
Item 5	43,14	0,192	0,776
Item 6	43,52	0,249	0,773

Estilo de Vida	Média de escala se o item for excluído	Correlação de item-total corrigido	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Item 7	43,56	0,202	0,774
Item 8	42,94	0,087	0,782
Item 9	43,13	0,256	0,774
Item 10	42,81	0,280	0,771
Item 11	42,63	0,140	0,777
Item 12	43,04	0,147	0,777
Item 13	42,69	0,076	0,777
Item 14	42,70	0,133	0,776
Item 15	42,68	0,161	0,775
Item 16	42,83	0,173	0,775
Item 17	43,41	0,470	0,760
Item 18	43,36	0,496	0,759
Item 19	43,37	0,461	0,761
Item 20	44,07	0,348	0,768
Item 21	43,26	0,505	0,759
Item 22	43,15	0,496	0,760
Item 23	43,22	0,479	0,760
Item 24	43,22	0,604	0,753
Item 25	43,30	0,525	0,758
Item 26	43,42	0,259	0,773
Item 27	43,27	0,229	0,774
Item 28	42,69	0,119	0,777
Item 29	42,76	0,211	0,774
Item 30	42,73	0,176	0,775
Alpha de Cronbach - 0,777			

6.5. Relação dos estilos de vida, variáveis sociodemográficas, autoestima e bem-estar psicológico

Com vista a dar resposta ao objetivo “Avaliar a relação entre os estilos de vida, variáveis sociodemográficas, autoestima e bem-estar psicológico em estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, numa escola do norte do país”, foi realizado o coeficiente de correlação de Pearson. Toda a análise preliminar para assegurar os pressupostos estatísticos para a realização do teste foi garantida.

O coeficiente de correlação de Pearson (r) pode assumir valores entre o -1 e +1, sendo que o sinal indica o tipo de relação. Quando o sinal é positivo, existe uma correlação positiva, ou sejam à medida que uma variável aumenta, aumenta a outra também; quando o sinal é negativo, a correlação é também negativa, indicando que à medida que uma variável aumenta, a outra diminui. O valor do coeficiente traduz a força da correlação das variáveis (Pallant, 2005):

- Valor 0 ($r = 0$) indica que não existe correlação;
- Valor 1 ($r = 1$) indica uma correlação positiva perfeita;
- Valor -1 ($r = -1$) indica uma correlação negativa perfeita;
- Valores entre 0,1 e 0,29 ($r = 0,1$ até $r = 0,29$) ou entre -0,1 e -0,29 ($r = -0,1$ até $r = -0,29$), indicam uma fraca força de correlação;
- Valores entre 0,3 e 0,49 ($r = 0,3$ até $r = 0,49$) ou entre -0,3 e -0,49 ($r = -0,3$ até $r = -0,49$), indicam uma força de correlação média;
- Valores entre 0,5 e 1 ($r = 0,5$ até $r = 1$) ou entre -0,5 e -1 ($r = -0,5$ até $r = -1$), indicam uma forte força de correlação.

6.5.1. Relação entre o Estilo de vida com o ano curricular (de ensino clínico)

Como forma de explorar a existência de relações significativas entre o estilo de vida dos estudantes que frequentam o 3º e o 4º ano (em ensino clínico), realizou-se a correlação entre o estilo de vida e o ano curricular, não havendo diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 10 - Correlação de Pearson para o ano curricular e o estilo de vida, autoestima e bem-estar psicológico

	Estilo de Vida	Ano Curricular
	n = 414	
Estilo de Vida	1	
Ano Curricular	0,50	1

* $p > 0,05$

6.5.2. Relação entre o Estilo de Vida e Autoestima

Com o objetivo de explorar a existência de relações significativas entre o estilo de vida dos estudantes em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, e a autoestima procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

Quadro 11 - Correlação de Pearson entre o estilo de vida e autoestima

	Estilo de Vida	Autoestima
	n = 414	
Estilo de Vida	1	0,595*
Autoestima	0,595*	1

*p=0,000

Analisado o Quadro 15, verifica-se que estilo de vida está positivamente correlacionado com a autoestima ($r = 0.60$, $p = 0.000$). Tal indica que a estudantes que obtêm uma pontuação mais elevada no estilo de vida, correspondem níveis mais elevados de autoestima. Por sua vez, a estudantes que obtêm uma pontuação mais baixa no domínio do estilo de vida, correspondem pontuações de autoestima mais reduzidas.

6.5.2.1. Relação dos domínios do Estilo de vida com a Autoestima

Procedeu-se, posteriormente, à avaliação das relações estabelecidas entre os domínios pertencentes ao estilo de vida com a autoestima. As variáveis analisadas foram a autoestima e o estilo de vida, operacionalizado através das suas dimensões: “Família e amigos”, “Atividade física/associativismo”, “Nutrição”, “Tabaco”, “Álcool e outras drogas”, “Sono/stress”, “Trabalho/tipo de personalidade”, “Introspeção”, “Comportamentos de saúde e sexuais” e “Outros comportamentos”. Foi efetuado novamente o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

Como apresentado no Quadro 16, verifica-se que a autoestima está positivamente correlacionada com os domínios:

- “Família e amigos” ($r = 0.38$, $p = 0.000$),
- “Atividade física/associativismo” ($r = 0.24$, $p = 0.004$)
- “Nutrição” ($r = 0.14$, $p = 0.000$),
- “Sono/stress” ($r = 0.57$, $p = 0.000$),

- “Trabalho/tipo de personalidade” ($r = 0.53, p = 0.000$),
- “Introspeção” ($r = 0.68, p = 0.000$),
- “Comportamentos de saúde e sexuais” ($r = 0.22, p = 0.000$).

A interpretação dos resultados indica que, a pontuações mais elevadas nestes domínios, corresponde uma melhor autoestima, e consequentemente, quanto mais baixa a pontuação em cada um dos referidos domínios, menor é a autoestima dos estudantes.

Não obstante, constata-se ainda que os domínios “Sono/Stress”, “Trabalho/Tipo de personalidade” e “Introspeção” são as que apresentam uma força de correlação mais forte com a autoestima ($r \geq 0,5$).

Quadro 12 - Correlação de Pearson entre os domínios do estilo de vida e a autoestima

	Autoestima	F	A	N	S	T	I	C
	n=414							
Autoestima	1							
Família e amigos (F)	0,376*	1						
Atividade física/associativismo (A)	0,235*	0,073	1					
Nutrição (N)	0,142*	0,034	0,137*	1				
Sono/stress (S)	0,570*	0,310*	0,169*	0,158*	1			
Trabalho/tipo de personalidade (T)	0,532*	0,229*	0,138*	0,180*	0,606*	1		
Introspeção (I)	0,683*	0,321*	0,294*	0,167*	0,662*	0,679*	1	
Comportamentos de saúde e sexuais (C)	0,223*	0,254*	0,143*	0,083	0,149*	0,216*	0,188*	1

*p <0,01

Após estes resultados, surgiu a pertinência de análise pormenorizada de cada um dos itens abordados pela Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), como forma de clarificar quais os aspetos da autoestima mais significativos para o constatado.

Em relação à autoestima global a média situou-se em $30,71 \pm 4,99$ pontos, sendo o valor mínimo 14 e o máximo 40 pontos.

Como é possível analisar no Quadro 13, no domínio da autoestima, os resultados indicam que, dos estudantes inquiridos:

- 68,1% (n=282) pensa que às vezes não presta para nada (concorda ou concorda muito) e 31,9% (n=132) dos estudantes discorda ou discorda muito da afirmação;
- 90,1% (n=373), a esmagadora maioria, acredita não ter grande coisa de que se orgulhe (concorda ou concorda muito), e apenas 9,9% (n=41) discordam ou discordam muito da premissa;
- 71,3% (n=295) sentem-se, por vezes, verdadeiramente inúteis (concorda ou concorda muito), e apenas 28,8% (n=119) a sentirem o contrário (discorda ou discorda muito);
- 58% (n=240) gostaria de ter maior consideração por si próprio, (discordam ou discordam muito da afirmação), existindo ainda 42% (n=174) que concorda ou concorda muito com a afirmação;
- 88,6%, (n=367) concorda ou concorda muito que, bem vistas as coisas, é levado a pensar que é um falhado sendo que apenas 11,3% (n=47) não o considera (discordando ou discordando muito).

Não obstante, surgem ainda os seguintes dados:

- A grande maioria dos estudantes (85,2%, n=352) sente-se, de um modo geral, satisfeito consigo mesmo - concordando ou concordando muito - ainda que existam 15% (n=62) estudantes que não se reveem nestas afirmações - discordando ou discordando muito;
- A grande maioria dos estudantes (concorda ou concorda muito), com uma percentagem de 98% (n=406) pensa ter algumas boas qualidades, enquanto que apenas 1,4% (n=6) considera não ter algumas boas qualidades (discorda ou discorda muito);
- O total de 91,1% (n=377) dos estudantes considera ser capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas (concorda ou concorda muito), havendo 8,9% (n=37) que discorda;

- Um total de 92,1% (n=381) dos estudantes julga ter, pelo menos, tanto valor como os outros (concorda ou concorda muito), e apenas 8% (n=33) a discordam ou discordam muito;
- a maioria dos estudantes (81,9%, n=339) concorda ou concorda muito que tem uma atitude positiva para com a sua pessoa, existindo ainda 18,1% (n=75) que não tem esta mesma atitude, discordando ou discordando muito.

Quadro 13 – Distribuição de frequência e percentagem correspondente na escala de Lickert a cada item da Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)

Autoestima	Hipótese de resposta	Frequência	Percentagem (%)
De uma forma geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo (a)	Discordo muito	5	1,2%
	Discordo	57	13,8%
	Concordo	283	68,4%
	Concordo muito	69	16,7%
Às vezes penso que não presto para nada	Discordo muito	19	4,6%
	Discordo	113	27,3%
	Concordo	149	36,0%
	Concordo muito	133	32,1%
Penso que tenho algumas boas qualidades	Discordo muito	1	0,2%
	Discordo	5	1,2%
	Concordo	290	70,0%
	Concordo muito	116	28,0%
Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas	Discordo	37	8,9%
	Concordo	266	64,3%
	Concordo muito	111	26,8%
Creio de que não tenho grande coisa de que me orgulhar	Discordo muito	9	2,2%
	Discordo	32	7,7%
	Concordo	199	48,1%
	Concordo muito	174	42,0%
Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil	Discordo muito	14	3,4%
	Discordo	105	25,4%
	Concordo	151	36,5%
	Concordo muito	144	34,8%
Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros	Discordo muito	4	1,0%
	Discordo	29	7,0%
	Concordo	254	61,4%
	Concordo muito	127	30,7%

Autoestima	Hipótese de resposta	Frequência	Percentagem (%)
Gostaria de ter mais consideração por mim próprio (a)	Discordo muito	72	17,4%
	Discordo	168	40,6%
	Concordo	119	28,7%
	Concordo muito	55	13,3%
Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um(a) falhado(a)	Discordo muito	8	1,9%
	Discordo	39	9,4%
	Concordo	147	35,5%
	Concordo muito	220	53,1%
Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa	Discordo muito	8	1,9%
	Discordo	67	16,2%
	Concordo	255	61,6%
	Concordo muito	84	20,3%

Quanto à escala de autoestima de Rosenberg (1965), a análise dos valores de alfa de Cronbach sugerem um bom índice de consistência interna relativamente ao valor global ($\alpha = 0,88$). Comparativamente ao estudo de Silva (2016), o valor da consistência interna foi de: $\alpha = 0,88$.

Os valores de alfa se o item fosse eliminado para cada um dos 10 itens da escala, variam entre 0,86 (item 2 e 9) e 0,88 (item 3).

No que se refere à correlação entre itens, os valores oscilam entre 0,448 (item 3), sendo este o valor mais baixo e o valor mais elevado 0,73 (item 9).

Quadro 14 - Alfa de Cronbach para Escala de Autoestima por item

Autoestima	Média de escala se o item for excluído	Correlação de Item-total corrigido	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Item 1	27,72	0,554	0,876
Item 2	27,77	0,729	0,863
Item 3	27,46	0,448	0,882
Item 4	27,55	0,584	0,874
Item 5	27,43	0,675	0,867
Item 6	27,70	0,691	0,866
Item 7	27,51	0,537	0,877
Item 8	28,35	0,563	0,879
Item 9	27,33	0,730	0,863
Item 10	27,72	0,681	0,867
Alpha de Cronbach - 0,883			

6.5.3. Relação entre o Estilo de Vida e Bem-estar psicológico

Com o objetivo de explorar a existência de relações significativas entre o estilo de vida dos estudantes em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, e o bem-estar psicológico, procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

Quadro 15 - Correlação de Pearson entre o estilo de vida e o bem-estar psicológico

	Estilo de Vida	Bem-estar psicológico
	n = 414	
Estilo de Vida	1	0,655*
Bem-estar psicológico	0,655*	1

*p=0,000

Como indica o Quadro 15, verifica-se que estilo de vida está positivamente correlacionado com o bem-estar psicológico ($r = 0.66$ $p = 0.000$). Os resultados indicam que os estudantes que obtêm uma pontuação mais elevada no estilo de vida, correspondem a níveis mais elevados bem-estar psicológico. Contrariamente, aos estudantes que obtêm uma pontuação mais baixa no domínio do estilo de vida, correspondem pontuações de bem-estar psicológico mais reduzidas.

6.5.3.1. Relação dos domínios do Estilo de vida com o Bem-estar psicológico

Procedeu-se, posteriormente, à avaliação das relações estabelecidas entre os domínios pertencentes ao estilo de vida com o bem-estar psicológico. As variáveis analisadas foram o bem-estar psicológico e o estilo de vida, operacionalizado através das suas dimensões: “Família e amigos”, “Atividade física/associativismo”, “Nutrição”, “Tabaco”, “Álcool e outras drogas”, “Sono/stress”, “Trabalho/tipo de personalidade”, “Introspeção”, “Comportamentos de saúde e sexuais” e “Outros comportamentos”. Foi efetuado novamente o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

Como é apresentado no Quadro 16, verifica-se que o bem-estar psicológico está positivamente correlacionado com os domínios:

- “Família e amigos” ($r = 0.28$, $p = 0.000$),
- “Atividade física/associativismo” ($r = 0.21$, $p = 0.000$)

- “Nutrição” ($r = 0.15$, $p = 0.003$),
- “Sono/stress” ($r = 0.66$, $p = 0.000$),
- “Trabalho/tipo de personalidade” ($r = 0.68$, $p = 0.000$),
- “Introspeção” ($r = 0.75$, $p = 0.000$),
- “Comportamentos de saúde e sexuais” ($r = 0.20$, $p = 0.000$).

A interpretação dos resultados indica que, a pontuações mais elevadas nestes domínios, corresponde um melhor bem-estar psicológico, e consequentemente, quanto mais baixa a pontuação em cada um dos referidos domínios, menor é o bem-estar psicológico dos estudantes.

Não obstante, constata-se ainda que os domínios “Sono/Stress”, “Trabalho/Tipo de personalidade” e “Introspeção” são as que apresentam uma força de correlação mais forte com a autoestima ($r \geq 0,5$).

Quadro 16 - Correlação de Pearson entre os domínios do estilo de vida e o bem-estar psicológico

	Bem-estar Psicológico	F	A	N	S	T	I	C
	(n=414)							
Bem-estar Psicológico	1							
Família e amigos (F)	0,280*	1						
Atividade física/associativismo (A)	0,213*	0,073	1					
Nutrição (N)	0,146*	0,034	0,137*	1				
Sono/stress (S)	0,664*	0,310*	0,169*	0,158*	1			
Trabalho/tipo de personalidade (T)	0,679*	0,229*	0,138*	0,180*	0,606*	1		
Introspeção (I)	0,754*	0,321*	0,294*	0,167*	0,662*	0,679*	1	
Comportamentos de saúde e sexuais (C)	0,201*	0,254*	0,143*	0,083	0,149*	0,216*	0,188*	1

* $p < 0,01$

Seguindo a mesma linha de pensamento, já explicitada previamente, surgiu a pertinência de análise pormenorizada de cada um dos itens abordados pelo Questionário de Bem-estar Psicológico (Rainho et al., 2012), como forma de clarificar quais os aspetos mais significativos para o constatado.

No domínio do bem-estar psicológico, a média obtida do total foi de 23,15±5,126.

Como é verificável Quadro 17, no domínio do bem-estar psicológico, os resultados indicam que, dos estudantes inquiridos:

- 36,7% (n=152) dos estudantes referem que se sentiram algo incomodados/aborrecidos/nervosos, 40,6% (n=168) respondem que se sentiram bastante, muitíssimo ou extremamente incomodados/aborrecidos/nervosos; os restantes, 22,8% dos estudantes (n=94) respondem com “nada” ou “um pouco”;
- 46,1%, (n= 342), a maioria, referiu sentir-se “bastante”, “muitíssimo” ou “extremamente” abatidos e apenas 17,4% (n=72) responderam terem-se sentido nada, um pouco ou algo em baixo;
- 55,1%, (n=232) referem ter-se sentido desta forma “bastante” ou “muitíssimo” cansado, exausto ou desgastado no último mês, com 1,0% (n=4) dos estudantes, a indicarem a resposta “extremamente”; os restantes (44,0%, n=182) referiram sentirem-se “nada”, “um pouco” ou “algo” cansados, exaustos ou desgastados.

Foram encontrados ainda outros resultados:

- À questão “Quanta energia ou vitalidade sentiu?”, a maioria (76,2%, n=195) dos estudantes respondem com o parâmetro “bastante”, “muitíssimo” ou “extremamente”; 18,6% (n=77) responderam que sentiram alguma energia ou vitalidade e 5,3% (n=22) assinalaram a resposta “um pouco” ou “nada”;
- À questão “Sentiu-se emocionalmente estável e seguro(a) de si próprio?”, 30,2% (n=125) dos estudantes responderam com “muitíssimo”, 27,8% (n=115) responderam com “algo”, 22,2% (n=92) responderam que se sentiram “bastante” emocionalmente estáveis e seguros de si mesmos, 3,6% (n=15) responderam “extremamente” e ainda assim, existem 16,2% dos estudantes (n=67) que afirmaram sentirem-se “nada” ou “um pouco” emocionalmente estáveis e seguros de si, no último mês.
- Quanto à pergunta “Sentiu-se alegre?”, mais de metade dos estudantes (65,4%, n=271) refere ter-se sentido “bastante”, “muitíssimo” ou “extremamente” alegre, sendo que ainda existem 26,3% (n=109) que afirmaram terem-se sentido “algo” alegres e 8,2% (n=34) terem-se sentido apenas “um pouco” alegres.

Quadro 17 – Hipóteses de resposta e respetivas frequências e percentagens relativas ao Bem-estar psicológico, através do Questionário de Avaliação do Bem-estar Psicológico: versão reduzida, versão portuguesa (Rainho et al., 2012)

Bem-estar psicológico	Resposta	Frequência	Percentagem (%)	Média	Desvio Padrão
Sentiu-se incomodado(a) / aborrecido(a) / nervoso?	Nada	33	8,0%	3,31	1,21
	Um pouco	61	14,7%		
	Algo	152	36,7%		
	Bastante	92	22,2%		
	Muitíssimo	64	15,5%		
	Extremamente	12	2,9%		
Quanta energia ou vitalidade sentiu?	Nada	4	1,0%	4,07	0,96
	Um pouco	18	4,3%		
	Algo	77	18,6%		
	Bastante	182	44,0%		
	Muitíssimo	112	27,1%		
	Extremamente	21	5,1%		
Sentiu-se abatido (em baixo)?	Nada	2	0,5%	4,38	0,99
	Um pouco	20	4,8%		
	Algo	50	12,1%		
	Bastante	120	29,0%		
	Muitíssimo	191	46,1%		
	Extremamente	31	7,5%		
Sentiu-se emocionalmente estável e seguro(a) de si próprio?	Nada	2	0,5%	3,77	1,16
	Um pouco	65	15,7%		
	Algo	115	27,8%		
	Bastante	92	22,2%		
	Muitíssimo	125	30,2%		
	Extremamente	15	3,6%		
Sentiu-se alegre?	Um pouco	34	8,2%	4,01	1,08
	Algo	109	26,3%		
	Bastante	106	25,6%		
	Muitíssimo	148	35,7%		
	Extremamente	17	4,1%		
Sentiu-se cansado(a), exausto(a) ou desgastado(a)?	Nada	11	2,7%	3,61	1,11
	Um pouco	63	15,2%		
	Algo	108	26,1%		
	Bastante	129	31,2%		
	Muitíssimo	99	23,9%		
	Extremamente	4	1,0%		

Quanto Questionário de Bem-estar Psicológico (Rainho et al., 2012), a análise dos valores de alfa de Cronbach sugerem um bom índice de consistência interna relativamente ao valor global ($\alpha=0,88$). Comparativamente ao estudo de Silva (2016), o valor da consistência interna foi de: $\alpha=0,86$. Os valores de alfa se o item fosse eliminado para cada um dos 6 itens da escala, variam entre 0,844 (item 3 e 5) e 0,87 (item 6).

No que se refere à correlação entre itens, os valores oscilam entre 0,58 (item 6), sendo este o valor mais baixo e o valor mais elevado 0,77 (item 3).

Quadro 18 – Alfa de Cronbach para a escala de Bem-estar psicológico por item

Bem-estar Psicológico	Média de escala se o item for excluído	Correlação de item-total corrigido	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Item 1	19,84	0,684	0,857
Item 2	19,08	0,666	0,859
Item 3	18,78	0,765	0,844
Item 4	19,39	0,678	0,857
Item 5	19,14	0,756	0,844
Item 6	19,54	0,575	0,874
Alpha de Cronbach - 0,877			

6.5.4. Relação entre Autoestima e Bem-estar psicológico

Sendo a autoestima e o bem-estar psicológico duas variáveis com relação com os estilos de vida, tentou-se perceber a relação que estas poderiam estabelecer entre si. Para avaliar a relação existente entre a autoestima e bem-estar psicológico dos estudantes em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, realizou-se o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

Quadro 19 - Correlação de Pearson entre autoestima e o bem-estar psicológico

	Autoestima	Bem-estar psicológico
	n = 414	
Autoestima	1	0,658*
Bem-estar psicológico	0,658*	1

*p=0,000

De acordo com o descrito no Quadro 19, verifica-se que a autoestima está positivamente correlacionada com o bem-estar psicológico e o inverso também se verifica, ou seja, o bem-estar psicológico está positivamente relacionado com a autoestima ($r = 0.66$ $p = 0.000$).

6.6. Focus group

Todo o processo que conduziu a concretização do *focus group* encontra-se previamente descrito, no capítulo do enquadramento metodológico (estudo qualitativo – *focus group*).

No presente capítulo será descrito e explicitado o processo de análise de conteúdo, com a identificação das categorias e domínios emergentes, sendo estes precedidos de uma contextualização teórica relacionada.

6.8.1. Modelo de Análise de Conteúdo

No que concerne ao presente estudo, a análise foi realizada por três intervenientes diferentes: o investigador, a co-orientadora e pelo orientador da dissertação. Inicialmente foi realizada a leitura flutuante de todo o documento resultante da transcrição integral das entrevistas. Os primeiros domínios pré-definidos foram atribuídos tendo como base os domínios pertencentes ao questionário “Estilo de Vida Fantástico” (Silva, 2016). Esta decisão foi tomada como ponto de partida pelo facto de, conceptualmente, no instrumento constarem áreas que estão intimamente relacionadas com os comportamentos de jovens universitários, as suas atitudes e comportamentos de saúde e de risco (Silva, 2016). Chegou-se à conclusão que as unidades de registo existentes não se integram linearmente nos mesmos, pelo que foram analisados, discutidos e redefinidos sucessivamente até à versão final, onde constam quatro grandes domínios: “Estilos de Vida”, “Bem-estar”, “Autoestima”, e “Supervisão Clínica”. O domínio “Estilos de Vida”, congrega três categorias: “Stress”, “Sono” e “Gestão de tempo). Os domínios “Bem-estar” e “Autoestima” não apresentam categorias. Por último, o domínio “Supervisão Clínica”, agrega três categorias: “Processo Supervisivo”, “Relação Supervisiva” e “Estratégias de Supervisão” - (Figura 7).

É de ressaltar que, embora em termos metodológicos se tenha criado esta divisão categórica, assume-me claramente que em termos práticos e não apenas de forma conceptual, não é possível analisar quer as unidades de registo, quer as domínios e categorias como elementos isolados e não interrelacionados.

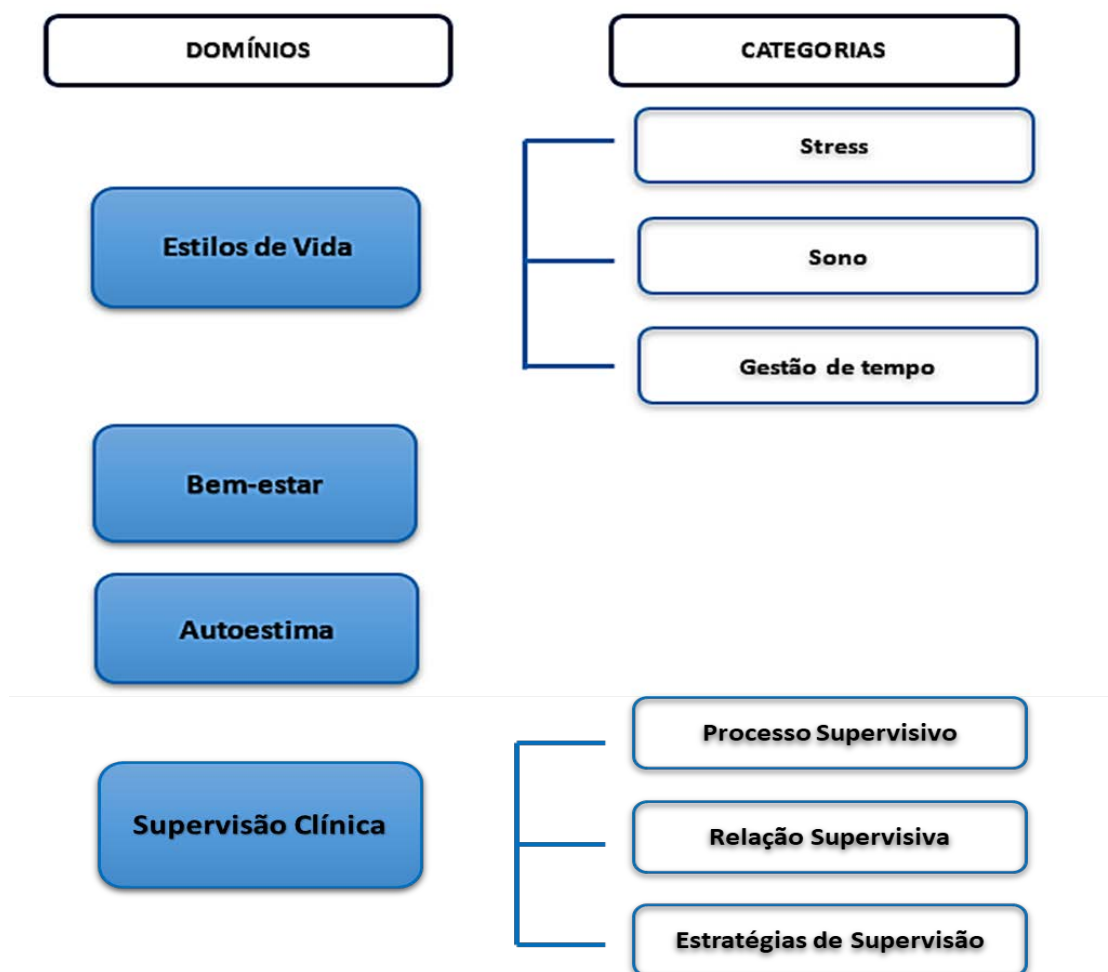


Figura 7 – Representação esquemática dos domínios e categorias do estudo

6.8.1.1. Estilos de Vida

6.8.1.1.1. Stress

O conceito de stress não é linearmente descrito a nível científico, mas compreende-se que é um fenómeno que pertence ao quotidiano de um indivíduo (numa interação com o ambiente que o rodeia). A sua vivência acarreta modificações físicas, psicológicas e ambientais, podendo-se associar conotações negativas ou positivas, dependendo do contexto e dos efeitos que provocam na pessoa.

Nesta diferenciação de experiência face ao stress, envolvem-se fatores como as capacidades e características pessoais dos indivíduos. (Almeida, 2016; Custódio et al, 2006; Martins et al., 2017).

A entrada para o ensino superior, por si só, já constitui um processo de transição complexo, com novas exigências, pressões e desafios de carácter pessoal, relacional, social e académico, que acaba por se revelar um fator gerador de stress (Cruz, 2008; Ferreira et al., 2017; Martins, 2006; Sequeira et al., 2013). No caso específico dos estudantes de enfermagem, a par de ser um estudante do ensino superior, existe um período académico que aparece evidenciado como um forte indutor de stress que pode apresentar alterações a nível da saúde dos mesmos: o ensino clínico. (Almeida, 2016; 2017, Custódio, 2010; Ferreira et al., 2017; Martins et al., 2017; Silva, 2015). Segundo Ferreira et al. (2017), os estudantes afirmam “sentir dificuldade de conciliar lazer, sono, horas livres e atividades exigidas pela faculdade e sentem-se cansados e stressados com o dia-a-dia”.

“E3 – “(...) acho que é muito por causa deste stress que é mostrado que os estudantes estão a sentir nesta fase”.

O ensino clínico é uma fase da formação dos estudantes de enfermagem onde, em meio hospitalar e comunitário, são aplicados e desenvolvidos os conhecimentos apreendidos na teoria, com a prestação de cuidados diretos inerentes à aprendizagem da profissão de Enfermagem (Carvalho, 2005). Este contexto expõe os estudantes ao contacto com a doença, a dor, a morte e outras situações semelhantes (Almeida, 2016; Custódio et al, 2006; Martins et al., 2017; Sequeira et al., 2013). Paralelamente a toda esta realidade, é expectável que “os estudantes se confrontem com múltiplas e complexas tarefas e as resolvam de forma bem sucedida para que possam progredir e desenvolver-se a nível pessoal, relacional, académico e profissional, o que para além dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos exige também competências pessoais e relacionais” (Custódio, 2010, p.3).

“E3 – “desgastante a nível físico, psicológico e emocional. Consegue ser desgastante e houve muitos fatores que influenciaram nesta altura que foi o próprio conhecer o local de estágio, a primeira reunião de estágio, o primeiro contacto com o serviço, o primeiro contacto com os doentes... isto tudo vai, na minha opinião, teve influência no modo como me senti neste estágio”.

“E10 – “Porque nós realmente fazemos imensa coisa, estamos a aprender imensa coisa (...) quem tenha um estágio em meio hospitalar tem um nível de exaustão emocional que é uma coisa mais emocional que física. (...) lidar com a situação de doença e muitas vezes terminal, é um choque de realidade completamente assustador para um aluno de 3º ano conseguir sequer suportar. Muito menos um aluno de 3º ano que no início fazer medicina no início e lidar com isto tudo é muito difícil”.

E10 – “nós estamos num EC e só queremos (...) aproveitar o máximo de horas possível, não em termos de número, mas em termos de aproveitamento em cada hora daquilo que conseguimos aprender, e temos de estar preocupados em levar com não sei quantas coisas (digamos assim) e estar a gerir esse stresse para dentro”.

Existem vários fatores que poderão contribuir de uma forma mais ou menos acentuada para o stress experienciado em ensino clínico (Sequeira et al.,2013). A supervisão clínica (nas suas dimensões inerentes) que é realizada aos estudantes surge como um desses fatores (Almeida, 2016). A abordagem mais pormenorizada encontra-se no desenvolvimento dessa dimensão e respetivas categorias, à posteriori.

E1 – “a pressão que nos é exercida pelo tutor como pelo Professor, ou até mesmo o local de estágio que não é muitas vezes o perfeito”.

E5 – “nós estamos num curso que nos é exigida exigência (passo a redundância), mas tem de haver este bom senso e se estamos numa escola de saúde acho que lá está, o bem-estar não é só dos doentes. Nós temos de estar bem para cuidar bem do outro”.

E10 – “é-nos feita uma pressão... e muitas das coisas que já foram ditas que é ‘a partir de agora vais de estágio para casa, comes, dormes, voltas e estudas’, essa pressão é tão feita nessa primeira semana”.

A gestão, resposta e estratégias utilizadas face às situações indutoras de stress são diversificadas e são diretamente influenciadas por fatores à priori descritos (Almeida,2016).

E5 – “essa pressão que acaba por ser exercida e nós não lidamos todos com ela da mesma maneira”

E7 – “Nós quanto mais cansados estivermos e acabamos por chegar a um nível de exaustão, claro que não vamos ser capazes de ter a mesma tolerância para situações até de stresse ou capazes de gerir essas situações da mesma forma”

O *coping* pode definir-se como “um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais desenvolvidas pelo sujeito para lidar com as exigências internas ou externas específicas, que se apresentem como desafiantes para o indivíduo, excedendo os seus recursos” (Cunha et al., 2017, p. 24). A diversidade de literatura relacionada com o *coping* é elevada, sendo que pode afirmar-se que esta gestão do stress pode ser mediada através de mecanismos de ordem individual e pessoal, emocional, social e até ambiental (Almeida, 2016, Cunha et al., 2017). Quanto ao caso específico dos estudantes de enfermagem, as principais estratégias de *coping* utilizadas, segundo Almeida (2016) baseiam-se “em assumir a responsabilidade, na procura de suporte social e na resolução planeada do problema”.

E5 – “se não temos este momento para espalhar, digamos assim...as pessoas acabam por entrar em colapso”

E5 – “Há pessoas que tem mesmo necessidade (aliás... todos nós precisamos) de ter nosso momento para quase nos desligarmos um bocadinho daquilo que é a pressão que nos é exercida todo o dia”

E2 – “Combinar alguma coisa com alguém é difícil, não há compatibilidade de horário. Tenho colegas que vivem na mesma casa e para se encontrarem é raro por causa dos horários que não coincide”

E1 – “Para além das horas que são, como é óbvio, havia uma única forma de libertar. Se nós não podemos realmente resmungar com o Professor e com o tutor, vamos ter de nos agarrar a qualquer coisa”

6.8.1.1.2. Sono

O sono desempenha um papel basilar no bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos. O conjunto de mudanças pelas quais um estudante do ensino superior atravessa, a par de todas as exigências académicas, implica um conjunto de transformações a nível da rotina quotidiana, muitas vezes com implicações na saúde dos mesmos, nomeadamente a nível do descanso e sono (Gonçalves et al., 2016; Silva, 2015; Silva et al., 2019). O padrão de sono é gerido e modificado em conformidade com os horários das atividades letivas em primeiro lugar, com a tentativa de conjugação com as demais exigências académicas (trabalhos, estudo, etc.) e tarefas do dia-a-dia. A falta de qualidade de sono, bem como a alteração do seu padrão podem conduzir a alterações acentuadas na saúde dos estudantes, com consequências a nível físico e psicológico, como por exemplo o aumento do cansaço e fadiga, aumento do peso, diminuição do estado de alerta, alterações do humor, ansiedade e consequentemente a alterações na qualidade de vida, bem-estar e em todo o processo de aprendizagem (Gonçalves et al., 2016; Silva, 2015; Silva et al., 2019). Os estudantes de enfermagem não divergem desta realidade, acrescentando um fator preponderante: o ensino clínico (Gonçalves et al., 2016; Silva, 2015).

E9 – “Eu lembro-me de ir aos fins-de-semana a casa e chegar a casa, pousava as coisas numa cadeira, a minha mãe a cozinhar e a falar para mim, eu sentada na cadeira. Eu dava por mim a adormecer em qualquer sítio que parasse”

E9 – “levantámo-nos cedo para ir para estágio, saímos de estágio e estudamos. Muitas das vezes esquecemo-nos de comer (é horrível) e muitas das vezes queremos dormir, mas sabemos que se formos dormir não vamos ter um bom desempenho em estágio amanhã porque temos quinhentas coisas para estudar e isso deixa-nos exaustos e faz com que também a nossa qualidade de sono não seja produtiva”

E5 - “ ‘há momentos em que fazemos escolhas’. Se calhar de uma maneira muito errada, mas fazemo-lo que é abdicarmos de horas de sono para conseguirmos estar nas coisas”

E9 – “Se nós não dormirmos bem não vamos estar com uma grande paciência para tudo e muitas vezes isso reflete-se quando nós saímos de estágio, dormimos mal na noite anterior, o estágio correu mal, saímos e encontramos um colega e a parte da agressividade muitas das vezes não é o nós querermos ser agressivos mas é o sentirmo-nos agressivos da maneira como falamos ou a própria pessoa que está à nossa frente sente que estamos a ser agressivos quando

não estamos a sentir isso ou não queremos ser agressivos, porque o cansaço é tanto e a acumulação da frustração e de todos os outros parâmetros acaba por fazer com que a nossa personalidade se altere”

E8 – “quando nós deixamos de dormir menos para tentar estudar mais ou para tentar fazer aquilo que é suposto fazer em estágio, comigo não dá. Não há rendimento, ou seja, vai correr sempre tudo mal”

E9 – “quando vamos para um Ensino Clínico, lá está, é a parte do sono que é completamente reduzido, se nós não temos um sono que não é produtivo e que seja regenerador, nós vamos para Ensino Clínico a arrastarmo-nos, literalmente, e, portanto, não conseguimos estar concentrados naquilo que temos para fazer no local de estágio; concentrados naquilo que o Enfermeiro nos diz, no que o Professor nos pergunta”

6.8.1.1.3. Gestão do tempo

A carga diária de um ensino clínico equivale à carga horária de um profissional de enfermagem, no contexto da sua prática clínica. Concomitantemente, os estudantes têm ainda um conjunto de tarefas relacionadas com o estudo que tem necessidade de concretizar após, como inerência da sua formação académica e exigência por parte dos docentes e tutores (Almeida, 2016, Cunha et al., 2017). Existe ainda a conjugação deste tempo com a satisfação de outros contextos da vida pessoal de cada um, que implicam o planeamento e o estabelecimento de prioridades (Oliveira et. al, 2016). É evidenciado pelos estudantes que participaram no estudo, a referência à falta de tempo e a forma como este é por eles gerido, durante a frequência dos ensinos clínicos:

E10 – “Acordar às 6h da manhã, toma-se o pequeno-almoço no autocarro ou no carro, chega-se ao Ensino Clínico faz-se (passo a expressão) ‘30 por uma linha’, fazemos e desfazemo-nos lá no Ensino Clínico porque verdade seja dita, nós fazemos o trabalho... estamos a desempenhar as funções de um Enfermeiro, a desempenhar a função do auxiliar porque os auxiliares (e isto é a realidade) – num Ensino Clínico há alunos de enfermagem servem para tudo também, para ir buscar o que quer que seja, material e por aí- fazemos o trabalho de se for preciso, registos e mais alguma coisa; cortamos no tempo do almoço e no lanche da manhã porque somos alunos, não sabemos gerir o turno da melhor maneira e temos de fazer trabalho de auxiliar também por isso vamos cortando nessas refeições; saímos de estágio às 3h da tarde, temos os planos para fazer de possivelmente no final do estágio de 2 doentes, portanto, isto corta-nos lá para as 17h da tarde; chegamos a casa temos de estudar as questões que o Professor fez, até mais ou menos á hora do jantar; jantamos (15 minutos mais ou menos); pronto, depois vamos estudar até á meia-noite e depois acordamos às 6h da manhã”

E1 – “durante 8 ou 7 horas trabalhamos como um Enfermeiro e depois ainda chegamos a casa e temos que estudar”

E7 - “ ‘pronto, agora com o estágio vocês têm de gerir melhor o vosso tempo para o estágio’. Mas eu tenho de gerir o meu tempo para o estágio e para tudo aquilo que eu quiser ter na minha vida. Portanto acho que passa um pouco por isso”

6.8.1.2. Bem-estar

“Bem-estar é o grau no qual a pessoa avalia globalmente a sua vida de uma forma positiva, ou seja, quanto a pessoa gosta da vida que leva” (Pais-Ribeiro, 2012 cit. por Cunha et al., 2017, p. 23). Relacionado com a saúde, envolve conceitos como o conforto, satisfação pessoal, alegria, tranquilidade e equilíbrio, com recurso a processos emocionais, afetivos e cognitivos, descritos a partir de dimensões: “aceitação de si, crescimento pessoal, objetivos na vida, relações positivas com os outros, domínio do meio e autonomia” (Cunha et al., 2017, p. 23).

Um estudante de ensino superior, na fase de jovem adulto em que se encontra, confronta-se com uma transição acentuada sendo um grupo de vulnerável a alterações de bem-estar a nível físico, emocional e psicológico, salientando-se o último domínio (Candeias, 2018; Cruz, 2008; Cunha et al., 2017; Sequeira et al., 2013). O bem-estar psicológico “visa a perceção sobre o ajustamento pessoal que é desencadeado no processo de superação dos desafios existenciais, onde a inteligência emocional se apresenta como a capacidade de processar e discriminar as emoções próprias e de outrem, bem como em utilizar tal informação para orientar pensamentos e ações, expressando-se em dimensões, como: sociabilidade, empatia, auto-consciência, auto-motivação e auto-valorização” (Candeias, 2018, p. 21). Os estudantes de enfermagem enquadram-se nesta realidade, acrescentando-se mais uma vez uma especificidade da sua formação que é o ensino clínico e todas as tarefas e exigências subjacentes. (Chaves et al., 2013; Sequeira et al., 2013; Sequeira et al., 2019; Silva, 2015). Segundo Silva (2015), a perceção do bem-estar psicológico tem relação com a qualidade de vida dos estudantes universitários. O bem-estar revela-se um fenómeno de extrema importância em toda a vivência académica de estudante de enfermagem (Sequeira, 2019).

E9 – “Não é costume sermos assim e ver que alguma coisa está a influenciar a nossa personalidade e os nossos hábitos e a nossa maneira de ser com os outros acaba por influenciar em demasia e no nosso estilo de vida”

E7 – “a nossa personalidade acaba por ser afetada por um fator que devia ser uma coisa que nos deixa feliz pois estamos num curso que supostamente é aquilo que nos queremos fazer e tudo mais e acaba por ser precisamente o contrário, acabamos por ter só resultados negativos e acaba por nos afetar em todos os outros campos e o que o que nós esperaríamos que estivessem estáveis e seguros para nos ajudarem”

E10 – “nenhum estudante que esteja em EC que não diga que o estágio não é cansativo, exaustivo e desgastante”

Um dos aspetos que os estudantes referem é a contribuição positiva da frequência de atividades extracurriculares como uma influência positiva para o seu bem-estar.

O desenvolvimento de um estudante a nível académico, não se dá apenas a este nível, sendo acrescentado também o desenvolvimento pessoal, emocional e social. Para tal contribuem esferas dimensionais que estão relacionadas com a vivência académica e não apenas centradas na conclusão de um curso superior (Candeias, 2018).

E5 – “Nós andamos numa escola não é só para tirar um curso. Nós estamos numa escola para tirarmos um curso, fazermos amigos, para ter um conjunto de competências que noutros sítios se calhar não o fazíamos, se não eramos licenciados”

E4 – “Nós estamos aqui a falar que as atividades extracurriculares são muito importantes para o crescimento, para o desenvolvimento, mas depois o que acontece é que há Professores que não compreendem que para além dessas atividades extracurriculares trazerem outras competências aos alunos que se calhar alguém que não anda não desenvolve tão depressa.”

A evidência científica em Portugal que relaciona o bem-estar e a participação dos estudantes de ensino superior em atividades extracurriculares é ainda escassa (Candeias, 2018). Candeias (2018), salienta que as atividades extracurriculares favorecem o desenvolvimento de competências transversais que podem influenciar positivamente a aprendizagem, o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante, a criação de um vínculo/envolvimento maior com a escola/instituição a que o estudante pertence, bem como o favorecimento do sucesso curricular. As atividades extracurriculares frequentadas pelos estudantes são também habitualmente um mecanismo de apoio nos pares que frequentam o mesmo curso. Existe a descrição de que a frequência de atividades extracurriculares apresenta um acréscimo no percurso académico de um estudante, sendo que pode, consequentemente, influenciar positivamente o seu bem-estar (Candeias, 2018).

E10 – “É completamente o contrário o que os Professores pensam e nós temos de nos justificar... que sim, sabemos lidar com o nosso tempo e se calhar se vamos é porque sabemos gerir e se calhar até é bom porque nos faz fortalecer algumas competências [em relação às atividades extracurriculares]”

E6 – “Aliás, sempre que alguém está apertado em estágio, desaparece uns meses da tuna... e no grupo de fados também”

E10 – “nós precisamos desse momento e nós aqui realmente estamos a reforçar que é muito bom [em relação às atividades extracurriculares]”

E2 – “As atividades extracurriculares obrigam de certa forma... sei que naquele dia da semana, naqueles dias eu não marco nada porque já sei que vou ‘perder’ aquele momento para aquela coisa. É um momento em que nos encontramos e estamos e desanuviamos. Como é algo que tem um dia específico, eu já sei que naquele dia vou estar com aquelas pessoas”

E4 – “Porque eu quero ter 4 anos no ensino superior, quero, mas também quero ter uma vida, quero ser feliz. (...) E o que tem vindo a ser discutido que me segura á escola são as atividades que eu tenho para além da escola em si (...) É tudo o que me liga á escola são os meus amigos e são as atividades que eu tenho fora da escola”

E1 – “há muitas pessoas que (...) continuam a fazer um esforço para estarem envolvidos noutra tipo de atividades”

E6 – “Porque o que circula é quem anda nos grupos, não consegue ter aproveitamento académico e isso é totalmente falso”

6.8.1.3. Autoestima

A autoestima tem um significado subjetivo e pode ser definida como “uma avaliação (...) que a pessoa faz de si própria e das suas capacidades, bem como a perceção do seu valor como pessoa, tal como esta tende a ser influenciada pela apreciação dos outros” (Pereira et. al, 2017, p. 298). O conceito de autoestima tem relação com o conceito de bem-estar, visto que eles se influenciam mutuamente e que também sofre alterações com a experiência transacional do ensino superior (Chaves et al., 2013; Lima et al., 2017; Pereira et. al, 2017). Este é, consequentemente, um período em que emergem sentimentos de ansiedade, insegurança e medo sendo que a opinião que o estudante universitário, e especificamente um estudante de enfermagem, tem de si, bem como a opinião que este percebe que os outros têm é preponderante na sua vida (Chaves, 2013; Sequeira, 2013). A pressão que sentem e lhes é exercida, o processo de ensino-aprendizagem, o stress a que estão sujeitos no decorrer da formação e o contacto e cuidado exigidos para com outros seres humanos com situações de saúde/doença são fatores que afetam negativamente a sua autoestima. É, contudo, importante salientar que o conceito de autoestima é também influenciado por condições pessoais, emocionais e psicológicas (Chaves et al., 2013; Lima et al., 2017).

E9 – “eu quero também ser bom porque eu estou aqui para ser bom e acabo por não ter tempo para mim, para descarregar o que tenho de descarregar de estágio e trazer as coisas de estágio para casa. Isso muitas vezes influencia a nossa autoestima, sentimo-nos mais em baixo”

E7 – “Não estamos bem connosco, depois vamos para o estágio e o estágio não corre bem, ficamos pior connosco e isto faz uma bola de neve até que, pronto estamos na situação em que estamos”

E5 – “não tem tempo para refletir sobre si próprias e refletir realmente sobre o valor que têm ou daquilo que são capazes”

E9 – “Acabamos por nos sentir demasiado em baixo e saber que temos de fazer o estágio porque sem ele não acabo o curso e não queremos colocar um encargo maior nos nossos pais ou que seja um estudante trabalhador para pagar propinas para voltar a realizar um Ensino Clínico, muitas das vezes faz com que os alunos sintam isso”

E9 – “faz com que o estudante também se sinta nervoso e incomodado consigo próprio porque gera uma revolta dentro de nós, que é ‘fogo, não tive tempo para fazer nada, cheguei a casa

exausta, não consegui estudar’; porque se estamos exaustos já não conseguimos estudar e fazer com que o nosso estudo seja eficiente e que sirva para alguma coisa”

E6 - “ ‘será que estou a ter o desempenho adequado?’ e eu acho que se calhar acaba por potenciar os resultados da autoestima porque... é assim, o dia só tem 24h e lá está, nós conseguimos arranjar tempo para tudo... Às vezes temos de cortar se calhar no sono... não sei... tínhamos de fazer muitos cortes ou fazer muitas coisas ao mesmo tempo.”

6.8.1.4. Supervisão Clínica

6.8.1.4.1. Processo supervisivo

O processo supervisivo, como o próprio nome indica, define-se como uma dinâmica interpessoal, de interação, acompanhamento, monitorização e desenvolvimento do supervisionado (Abreu, 2007; Cruz, 2012). Esta dinâmica envolve múltiplos fatores, aspetos e intervenientes que podem influenciá-la, já previamente descritos na fundamentação teórica do estudo. Podem identificar-se, ao longo deste processo, quatro elementos essenciais: o formando, o formador, o saber e o método, sendo este último o elemento que agrega e interliga todos os outros (Pinto, 2013). Para os estudantes de enfermagem, o conceito de supervisão é percecionado como um processo de orientação da aprendizagem, reflexão sobre as práticas e a avaliação formativa sistemática (Fonseca et al., 2016).

No decorrer da análise destacam-se a perspetiva dos estudantes sobre conceitos que estes consideram no decorrer do processo supervisivo em ensino clínico.

O primeiro aspeto relaciona-se com a dificuldade, volume de tarefas que os estudantes sentem que lhes é aplicada. O grau de exigência perante os objetivos do ensino clínico e do processo de aprendizagem também é destacado.

E10 – “eu quero conseguir tudo, não está é adequado o que me exigem na primeira semana de estágio”

E10 – “ao 3º ainda mais porque na primeira semana de estágio quase que dão uma lista, que mais parece uma bíblia, daquilo que temos de saber na primeira semana e é impossível um aluno desenvolver competências de estágio, que tem de ter ao longo do estágio, na primeira semana. Quando depois no final nos dizem que ‘se houvesse mais semanas chegavas ao excelente’ ”

E10 - “ ‘estudaste o que te perguntei no dia anterior?’ Se de 10 estudamos 8, as outras duas não deu mais porque temos de dormir também... é logo ali cortar na nota, ‘já não chegas nem ao 15 porque não estudas aquilo que te digo’ ”

E10 – “de todas essas coisas que os professores dizem que é sempre levado a um extremo que acaba por nos desvalorizarmos a nós mesmos porque acabamos por nunca atingir o objetivo por muito mais que trabalhemos até ao final do ensino clínico”

As disparidades percecionadas pelos estudantes em relação aos objetivos, exigências e em todo o processo supervisivo numa dicotomia teoria/prática também são assinaladas. Um supervisor clínico deve completar requisitos nos domínios do conhecimento, competências técnicas e interpessoais (Pinto, 2013). Na opinião dos estudantes de enfermagem, o supervisor deve conhecer os objetivos do ensino clínico, conhecer o seu percurso curricular e praticar uma supervisão efetiva em colaboração com as instituições de ensino (Fonseca et al., 2016)

E5 – “muito difícil viver com este desequilíbrio de perspetivas [supervisão do Professor/ supervisão do Enfermeiro Tutor]”

E1 – “esta décalage que existe entre um enfermeiro tutor e outro (que também é comentado, não é?) também pode fazer com que realmente a relação com que ‘o aproveitamento que nós tiramos’ seja muito diferente até porque depois o tutor de certa forma vai-se sentir de outra forma que não a ideal”

Na realização de um ensino clínico, assim como durante toda a formação, o estudante deve ser visto como um elemento em desenvolvimento e aprendizagem. A conceção da despersonalização deste papel para a assunção do papel de enfermeiro (como puro profissional) e a desvalorização da condição de estudante são vistos como um aspeto negativo e dificultador no processo.

E7 – “estamos a fazer um estágio não como Enfermeiros, mas como alunos”

E5 – “sabermos lidar com estas...é muito antagónico...é lidar por um lado com a questão de que temos de desenvolver competências, temos de desenvolver conhecimento e devemos dedicar aquilo que realmente estamos lá para fazer e por outro lado, temos a questão de que quase como mão-de-obra, que tem de ser feito, tem de ser despachado”

E1 – “torna-se um bocadinho difícil arranjar soluções quando nós no meio disto tudo somos um simples peão que não temos muito onde nos agarrar e acabamos por nos agarrar, como disseste, a 10 semanas penosas e o que realmente queremos é que passe rápido”

E9 – “posso dizer que foram as 10 semanas mais penosas da minha vida, porque eu ia para estágio completamente contrariada. Não me dava para estudar, quando dava, estava a estudar contrariada porque sabia que aquilo que eu estudava, nada ia ser executado ou feito”

6.8.1.4.2. Relação supervisiva

A atmosfera afetivo-relacional e sociocultural, interfere e condiciona a eficácia do processo supervisivo. A relação supervisiva é um elemento preponderante no processo de supervisão, constituindo um suporte e um importante elemento mediador de aprendizagem em ensino clínico e um fator que condiciona e interfere na eficácia do mesmo (Abreu, 2007; Borges, 2013; Cruz, 2012). Esta relação é complexa e procura o desenvolvimento profissional, interpessoal, formativo e psicossocial, com uma tônica acentuada na reciprocidade e bilateralidade (Borges, 2013; Cruz, 2012). Os estudantes de enfermagem têm a visão que a supervisão permite o desenvolvimento de competências em diversificadas vertentes (não só relacionadas com a prática profissional) e para tal pressupõe-se a existência de uma relação supervisiva que traduza apoio e suporte, assente num clima relacional de abertura e confiança (Cruz, 2012; Fonseca et al., 2016). Não deve ser esquecida a particularidade e individualidade dos intervenientes no processo de supervisão, devendo o supervisor considerar sentimentos, crenças, perceções, experiências passadas, entre outros aspetos específicos de cada estudante. (Abreu, 2007, Borges, 2013; Cruz, 2012). Assim sendo, a relação supervisiva deve ser preconizada por um “contexto ambiental que para além das condições estruturais e humanas de trabalho, subentenda uma interação entre os atores numa relação assente na confiança, no respeito, no empenhamento, no entusiasmo, na amizade cordial, empatia (...) não obstante a diferença de funções, procuram atingir os mesmos objetivos, ou seja uma relação de ajuda, de apoio e facilitadora do processo de aprendizagem e desenvolvimento e melhoria contínua da qualidade.”(Borges, 2013).

Acresce a perspetiva da Ordem dos Enfermeiros (2010) que afirma que: “(...) é necessário, para isto, desfazer toda uma série de preconceitos em torno do estatuto e do relacionamento entre supervisor e supervisionado, tais como: Superior-Inferior; Independente-Subordinado; Professor-Aluno; Avaliador-Avaliado; Fiscalizador-Fiscalizado e por em relevo as características, os comportamentos e as atitudes de entreajuda (...) num processo em que se procuram atingir os mesmos objetivos, ainda que de planos diferentes: o desenvolvimento de competências profissionais e humanas para uma prática de cuidados mais segura, mais autónoma e de maior qualidade” (p.8).

E7 – “os professores, se são nossos professores e são escolhidos para nos orientar em estágio, se são professores para nos fazerem perguntas, são nossos professores para nos orientar noutro reverso da moeda”

E10 – “Se calhar não é estar a dizer que está mal o nível de exigência, mas sim estar mal a parte mais pessoal e das capacidades para gerir as emoções, para gerir o nosso tempo, para nós nos sentirmos tão em baixo que nos faltam os professores”

E10 – “porque não há por parte dos professores um apoio neste nível [lidar com a doença em estado terminal], em nada. Por exemplo, no início se calhar mostrar-nos como gerir estas coisas todas... eu tive Professores que não me ajudaram neste aspeto; tive Professores que realmente me ajudaram e muito a lidar com isto, mas realmente se no início nos dissessem, nos mostrassem algumas vantagens... algumas estratégias de como lidar com isto tudo porque não

nos podemos esquecer que somos em EC completamente levados ao extremo e esmiuçados para que todas as competências”

E2 – “realçar o papel do professor, que é um papel que se se for bem concretizado tem um potencial imenso”

E10 – “já senti Professores (e achei que não é adequado de todo) questionarem de nós irmos e por que não íamos para casa estudar para o dia seguinte quando passa pela função do Professor orientador também formar enquanto pessoas, na visão mais holística e não tão pragmática em termos de conhecimento práticos para o Ensino Clínico”

E4 – “há professores que não estão tão aptos para saber lidar com alunos. (...) nós defendemos todos uma Enfermagem significativa para as pessoas e eu acredito que esta escola ainda não está muito virada para ser significativa para os alunos”

E4 – “Dá muito a entender quando nós chegamos que já temos de saber tudo e depois acredito que parte muito que há muitas pessoas que percebem de pedagogia e depois temos professores que não percebem nada de pedagogia. Se calhar até têm algumas competências, mas a parte humana que é preciso para saber lidar com adolescentes”

A comunicação estabelecida e a forma como esta é feita é de extrema importância para os estudantes. Um bom supervisor deve ter competências de comunicar, escutar e transmitir conhecimentos experiências, atendendo sempre a forma como tudo isto se concretiza (Borges, 2013; Pinto, 2013). Os estudantes sentem que este é um aspeto fundamental e que, por vezes, não se verifica, influenciando negativamente a sua perceção de relação supervisa que se estabelece, e consequentemente de todo o processo superviso e de aprendizagem.

E2 – “Ninguém aqui quer o professor seja nosso amigo, mas tem de ser alguém que quando a gente está num momento em estágio, seja capaz de nos dar a volta e ajudar a crescer com isso. (...) foi no primeiro momento do meu EC que não estava a correr muito bem, a relação com a tutora também não estava a ser muito produtiva, ect. e a professora reparou. Vamos só pensar na forma como ela quis introduzir o tema foi ‘então ..., costuma sorrir em casa?’. Vamos pensar... foi comigo e eu até consigo lidar com esta situação e sou uma pessoa que se considera saudável, etc. e com bem-estar físico e psicológico”

E7 – “Os Professores deviam ser um bocadinho mais sensibilizados para isso para terem um bocadinho de mais cuidado nesse discurso e muitas vezes no discurso inicial”

E9 – “por parte dos professores não está a haver uma grande abertura nesse aspeto para que os estudantes possam ir relatar aquilo que se passa. E muitas das vezes quando se põe esse assunto na mesa, o estudante acaba por ser descredibilizado porque não é isso que ouve da enfermeira, porque acho que ela é uma boa profissional e pronto, a nossa opinião, como é de estudante, acaba por ser não ser realçada e valorizada”

Os estudantes relatam no seu discurso, que consideram um fator facilitador de uma melhor relação supervisa o facto de o Professor que os orienta em ensino clínico pertencer ou ter já pertencido a órgãos institucionais que se relacionam com o estudante (por exemplo: conselho pedagógico, provedoria do estudante, etc.)

E7 – “em relação aos órgãos sim, porque acaba por pôr os Professores um bocadinho numa perspetiva mais observadora e contextualiza mais os problemas dos alunos”

E7 – “respeito a pertencerem a órgãos ou já terem uma história de pertencerem a esses órgãos que ajuda muito mais os Professores”

E5 – “professores mais novos e sem dúvida Professores que estão mais envolvidos em por exemplo no conselho pedagógico ou coisas do gênero”

Outra das ideias reforçada pelos estudantes é a atitude demonstrada pelos seus supervisores, nomeadamente pelo Professor, em relação às atividades extracurriculares. Este aspeto encontra-se relacionado com a perspetiva apresentada no domínio do “Bem-estar” e “Autoestima”, previamente abordado.

E10 – “já senti Professores (e achei que não é adequado de todo) questionarem de nós irmos e por que não íamos para casa estudar para o dia seguinte quando passa pela função do Professor orientador também formar enquanto pessoas, na visão mais holística e não tão pragmática em termos de conhecimento práticos para o Ensino Clínico”

E7 – “não há mais alunos envolvidos nos grupos porque sabem que isso às vezes tem umas repercussões que se calhar não deveriam ter (...) se a escola permite os grupos existam, é por algum motivo e é porque de certa forma se os reconhece (quer o grupo de fados, as tunas, o grupo académico, o grupo de teatro) acho que por um motivo e é porque sabe que de certa forma interfere e é um fator que ajuda no desenvolvimento das competências dos alunos. Portanto, se a escola e a escola em geral, permite que nós possamos integrar esses grupos, não vejo qual a autoridade de qualquer Professor”

E4 – “um Professor que não compreende que a nossa vida não é o estágio”

E5 – “já há Professores, do meu ponto de vista, que realmente têm esse cuidado, são mais sensíveis a este tipo de questões [atividades extracurriculares]”

E6 – “não é só uma questão de pouca oferta porque às vezes nota-se muito o empenho da Associação de Estudantes, da própria ESEP, em desenvolver atividades que tragam os alunos e que os integrem e que promovam o bem-estar físico, psicológico e social até porque estamos todos juntos, só que já há tanto esta questão que estamos a discutir de que quem vem para estas atividades está a perder o tempo que tem para estudar e depois é penalizado”

E7 – “se eu escolho ser da tuna, da associação, do quer que seja... é uma escolha nossa e cada um de nós é livre de escolher participar ou não participar (...) Mas eu não sou nem melhor nem pior que o meu colega por ser de um grupo”

E6 - “Ou porque o Professor dizia não, senão tens falta; às vezes por irresponsabilidade das pessoas [em relação às atividades extracurriculares]”

E7 - “ ‘pois, mas se calhar com o EC tem de ponderar quais são as suas prioridades’ ”

E4 – Quando nós temos de dizer ao Professor ‘Professor, este fim-de-semana não estive cá, não consegui estudar’ porque há pessoas que tiveram atuações ou porque tiveram reuniões bastante longe, não existe essa compreensão correta”

E5 – “aquela política de ‘estás na escola, é para tirar um curso’”

E7 – “não há uma discrepância assim tão grande entre um Professor que está cá há mais tempo e outro que está cá há menos porque maior parte dos ‘ultimatos’ (digamos assim) que às vezes nós recebemos de ‘ou estas a tirar o curso ou estás nas atividades extracurriculares’ por acaso, na minha experiência pessoal, até foram Professores mais novos”.

6.8.1.4.3. Estratégias de supervisão

No contexto da supervisão clínica, pode-se definir estratégia como “o plano de intervenção através do qual se escolhe, organiza e gere os recursos necessários para atingir um determinado objetivo” (Pinto, 2013, p.17). A diversidade de estratégias que podem ser utilizadas é vasta e descrita em inúmeros estudos e investigações (Fonseca et al., 2016). Pinto (2013) enumera as seguintes: feedback, demonstração, observação, relatório reflexivo, supervisão à distância, análise de documentação de enfermagem, apoio, análise crítico-reflexiva, análise de casos, sessões de supervisão e auto supervisão. As estratégias devem ser personalizadas, dinâmicas, interativas, reflexivas e assentes numa perspetiva construtivista (Abreu, 2007; Diogo et al., 2016; Fonseca et al., 2016; Pinto, 2013). É preponderante que a relação supervisiva seja a melhor possível em contexto de ensino-aprendizagem para que as estratégias selecionadas e implementadas sejam efetivas (Pinto, 2013).

A ideia de que cada estudante é um estudante e consequentemente a processo de aprendizagem é diferente, justifica a premissa da existência de uma estratégia supervisiva individualizada e personalidade que vá de encontro a esta individualidade (Abreu, 2007, Fonseca et al., 2016; 2013). O supervisor deve conhecer o estudante, o seu percurso formativo, a sua personalidade a par das exigências inerentes à formação, integrando uma visão holística sua para o melhor acompanhar (Abreu, 2007, Borges, 2013; Cruz, 2012). Esta é uma estratégia transversal, salientada pelos estudantes.

E6 – “também o ensino devia ser mais personalizado para o estudante”

E6 – “Porque há estudantes que atingem o pico logo no início, há outros que atingem mais a meio, eu acho que se houver um trabalho neste sentido, consegue-se tirar máximo proveito das capacidades do estudante ao longo do Ensino Clínico”

E7 – “nós procuramos muita a enfermagem mais significativa e cuidados mais humanizados e não temos um ensino humanizado perante o estudante que nós temos e se um aluno veio de comunidade, não podemos esperar dele (pelo menos eu acho isso um bocadinho irrealista) o mesmo que podemos esperar de um aluno que já veio de um meio hospitalar em tudo”

E9 – “fazer com que o estudante se sinta mais em baixo e mais frustrado porque efetivamente é a nossa vida. Somos estudantes e devemos todos ser vistos como estudantes e num mesmo pé de igualdade porque se estamos a realizar aquele ensino clínico... é para aquele ensino clínico, é para aqueles objetivos... e muitas das vezes isso não acontece e o que nos acontece é que somos rebaixados e muitas das vezes desvalorizados no trabalho que nós fazemos que estamos a aprender e por comparação entre colegas, entre grupos de estágio que já passaram por lá mas se calhar até já tinham feito outro estágio hospitalar”

E6 – “cada aluno também tem uma vida para além do estágio e daí a importância de haver o plano de avaliação individualizado”

E9 – “acabamos sempre por ouvir expressões menos agradáveis dos tutores; às vezes dos próprios colegas que já estão mais à vontade e nós não nos sentimos tão á vontade por nunca termos em meio hospitalar ou na comunidade”

E2 – “no início de um ensino clínico são contadas as 24h de um dia... temos x horas para isto, x horas perdem nos transportes, em estágio, para estudar... chegamos ao fim e as pessoas dizem que ‘pronto, vocês neste ensino clínico, tem de ser tudo para o estágio, não podem ter vida pessoal’”

E6 – “acho que deveria haver um pouco mais de atenção em cada aluno em concreto e não generalizar muito. ‘São os estudantes... em qualquer Ensino Clínico olha... estão ali os alunos... estão ali e parece que somos aquele bando de...estamos juntinhos, meios perdidos’ e não... somos todos pessoas, cada um é como é e acho que nem que houvesse um pequeno esforço para tentar perceber que as necessidades de cada pessoa são diferentes”

Outra estratégia evidenciada pelos estudantes neste contexto é o *feedback*. O *feedback* é a informação fornecida como consequência do desempenho num determinado tempo e local (Shaw, 2017). Wells e McLoughlin (2014) afirmam que o supervisor deve ser capaz de dar um *feedback* construtivo aos estudantes ao longo do processo de aprendizagem durante as suas experiências nos ensinos clínicos. Este contribui quer para a aprendizagem, formação e sucesso académico, quer para aspetos como a motivação, confiança e autoestima dos estudantes (Jansson e Ene, 2016; Wells e McLoughlin, 2014). Deve ser utilizado de uma forma constante e contínua durante todo o ensino clínico e não meramente em momentos de avaliação (Jansson e Ene, 2016). O *feedback* dado aos estudantes pelo seu tutor, quer sobre o que estariam a fazer corretamente com o objetivo de reforçar um comportamento (*feedback* positivo), quer sobre os aspetos que o estudante não atinge corretamente (*feedback* negativo) e consequentemente necessitam de melhorar, revelou-se uma ferramenta muito importante e que os ajudou a alcançar os seus objetivos, os objetivos do ensino clínico e uma melhor vivência do mesmo (Jansson e Ene, 2016; Pinto, 2013).

E1 – “ter alguém sempre a dizer que podiam ser melhores ou que nada está perfeito e que existe sempre algo a melhorar”

E7 – “como é que nos vamos orgulhar de uma coisa que pronto é o esperado?”

E7 – “já sabemos que ninguém nos vai dizer “muito bem és muito bom” ninguém vai dizer isso nunca pelo menos a mim nunca ninguém me disse ou sou eu que não sou muito boa. Nunca ninguém nos vá dar opinião positiva e acho que nós no 3º ano esperamos mais isso”

E7 – “Eu acho que isso parte um bocado de uma cultura de que quando fazemos mal é porque não somos bons, mas quando fazemos bem é porque não é mais do que a nossa obrigação”

E10 – “nunca é dado o reforço positivo, nunca é dito ‘sim, estiveste bem, mas é preciso melhorar aqui’; nunca é dito especificamente e em que objetivo nós temos de melhorar e em que objetivo já atingimos aquele patamar adequado”

E10 – “se for preciso por exemplo entras num quarto e fazes os ensinos em que a pessoa depois agradece-te e foi completamente diferente e saís do quarto e és bombardeada com ‘como é que tu dizes isto?’ ”

E6 – “bastante exaustivo conseguir organizar tempo para todas as atividades que temos que fazer e depois ainda levar aqueles reforços negativos todos”

A avaliação é uma estratégia recorrentemente utilizada durante o processo superviso, sendo que este conceito não se refere à avaliação do estudante em si, mas sim em relação aos locais de ensino e vários aspetos a ela afetos. Podem nesta temática, pelo discurso dos estudantes, associar-se os aspetos referidos na relação supervisiva e a questão da valorização da opinião dos mesmo no decorrer do processo superviso.

E9 – “Acho que a valorização da opinião de um estudante está em falta na nossa escola”

E5 – “Nós também temos direito a opinar sobre aquilo que realmente foi o nosso ponto de vista, a nossa visão sobre aquele serviço onde nós estivemos inseridos”

E9 – “E lá está, acho que os professores não nos ouvirem, não valorizarem a nossa opinião porque acham que são estudantes ou não querem estudar e só querem boa vida ou etc. acaba por influenciar muito depois o nosso desempenho em estágio, a forma como nos sentimos”

7. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este último capítulo apresentará um resumo da pesquisa da dissertação, a metodologia utilizada, os resultados obtidos e a descrição das estratégias de supervisão, traduzindo-se, assim, numa discussão e reflexão sobre as implicações práticas resultantes de todo o processo de investigação realizado.

Para esta investigação foi aplicado o questionário “Tenho um Estilo de Vida Fantástico?” (Silva, 2016). Este foi disponibilizado a todos os estudantes que se encontravam a frequentar o 3º ou 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem, no ano letivo de 2017/2018, ou seja, todos estudantes que se encontravam em ensino clínico. De uma população com 620 estudantes inscritos em ensino clínico, emergiu uma amostra de 414 que responderam ao questionário disponibilizado *on-line*. Numa segunda fase, subsequente, e com o objetivo principal de identificar contributos para estratégias de supervisão clínica promotoras de estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem em ensino clínico, foi realizado um *focus group*, constituído por 10 elementos: 5 estudantes do 3º ano e 5 do 4ºano, selecionados de forma aleatória (dentro de cada um dos anos), por se terem voluntariado a continuar a pertencer ao estudo.

Os valores de consistência interna obtidos com aplicação dos instrumentos: Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), Questionário de Bem-Estar Psicológico (versão abreviada, 2012) e Questionário de Estilo de Vida Fantástico (Silva, 2016), foram semelhantes ao estudo de Silva (2016), congruente com adequação dos constructos dos instrumentos para a avaliação dos respetivos conceitos.

Da primeira fase do estudo, do estudo quantitativo, foi possível identificar e caracterizar os estilos de vida dos estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, bem como avaliar a relação entre os estilos de vida, variáveis sociodemográficas, autoestima e bem-estar psicológico. Emergiram, assim, um conjunto de resultados pertinentes e que despertaram o interesse de análise e compreensão. Com alguns resultados não muito favoráveis ao nível dos estilos de vida, da autoestima e do bem-estar psicológico e a relação entre eles estabelecida, foi sentida a necessidade de ouvir a opinião dos estudantes sobre os achados de forma a clarifica-los e discuti-los, o que possibilitou, na segunda fase – correspondente ao estudo qualitativo – a enunciação de estratégias de supervisão clínica promotoras de estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

Sendo o principal instrumento de recolha de dados utilizado o questionário “Tenho um Estilo de Vida Fantástico?” de Silva (2016), procurou-se, primeiramente, encontrar diferenças e similitudes

entre o presente estudo e o realizado por Silva (2016). Na investigação deste último autor, a população constituinte foram estudantes do ensino superior da região centro de Portugal num total de 12 instituições, em áreas de formação diferenciada (Educação, Artes e Humanidades, Ciências Sociais, Comércio, Direito, Ciências, Matemática, Informática, Engenharia, Agricultura, Serviços, Saúde e Proteção social). Desta população apenas uma parte pertencia ao curso de Enfermagem, sendo que, da mesma, nem todos os estudantes se encontravam em ensino clínico. A comparação linear dos resultados é de difícil concretização, pela diferença da amostra e pelo facto dos dois estudos terem objetivos e metodologias um pouco diferenciadas. Ainda assim permitem-se algumas comparações. Quer nos resultados de Silva (2016), quer no presente estudo, revela-se que apresenta um de estilo de vida mais adequado, quem manifesta uma boa autoestima e bem-estar psicológico; por outro lado, no primeiro estudo, os domínios mais deficitários do estilo de vida foram: baixa atividade física e associativismo, trabalho e tipo de personalidade e nutrição. Em relação à classificação do estilo de vida, no presente estudo a maioria dos estudantes situa-se no patamar “Regular, não adequado e ainda alguma percentagem que atinge a pior classificação possível, ou seja, “Necessita de melhorar, não adequado ++”. Na investigação de Silva (2016), a maior percentagem de estudantes situa-se na classificação de “Muito bom; adequado”, seguido de “Bom; adequado”, existindo aqui diferenças. A especificidade da amostra na presente investigação pode explicar o obtido, uma vez que não se resumiram somente a estudantes do ensino superior, mas estudantes de enfermagem, e em ensino clínico, aspeto que se demonstra mais desafiante e gerador de mais alterações a diversos níveis.

Reportando, neste momento, aos resultados emergentes da presente investigação, serão articuladas algumas reflexões e considerações.

Conclui-se que no estudo realizado, os estudantes eram maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 42 anos (sendo a idade mais frequente os 20 anos), não deslocados e não trabalhadores-estudantes.

No que diz respeito à perceção corporal, os dados não manifestam grandes desvios e não foram relevantes em nenhum momento da investigação.

Relativamente à relação entre os estilos de vida, variáveis sociodemográficas, autoestima e bem-estar psicológico em estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, constatou-se que existe correlação entre as variáveis.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o ano curricular e o estilo de vida.

Comparando os resultados do estilo de vida com a autoestima e com o bem-estar psicológico, emerge que, a estudantes que obtêm uma pontuação mais elevada no estilo de vida, correspondem níveis mais elevados de autoestima e bem-estar psicológico. Na mesma linha de análise, a estudantes que obtêm uma classificação mais baixa do estilo de vida, correspondem valores de autoestima e bem-estar psicológico igualmente mais baixos. O estudo de Fhon et al. (2016) conclui também a existência de relação entre o estilo de vida adotado pelos estudantes de enfermagem e a sua autoestima. Young-Ju (2019), afirma mesmo que a autoestima é um dos fatores que mais interferem com a vivência do ensino superior. Não obstante, um estudo realizado por Hanawi et al. (2020), demonstra que estilos de vida menos saudáveis estão associados a níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress, condições essas que afetam o bem-estar psicológico.

Enfatiza-se ainda a relação estabelecida entre as dimensões “Família e amigos”, “Atividade física/associativismo”, “Nutrição”, “Sono/stress”, “Trabalho/tipo de personalidade”, “Introspeção” e “Comportamentos de saúde e sexuais” e a autoestima e bem-estar psicológico ser bastante significativa. É determinado que, a uma maior pontuação obtida nestas dimensões, estão associados níveis mais elevados de autoestima e de bem-estar psicológico. A pontuações mais baixas nas referidas dimensões, estão associados pior autoestima e bem-estar psicológico. Nesta relação identificada, especificamente as dimensões “Sono/Stress”, “Trabalho/Tipo de personalidade” e “Introspeção” são as que apresentam uma relação mais forte com a autoestima e o bem-estar psicológico.

Com a análise da aplicação da Escala de Autoestima, sublinham-se um conjunto de dados que se consideram pertinentes. Destaca-se o facto de que a maioria dos estudantes consideram não prestar para nada, não terem grande coisa de que se orgulhar, por vezes sentirem que são verdadeiramente inúteis e serem levados a pensar que são uns falhados. Não obstante, e embora representem valores percentuais mais reduzidos, existem estudantes que não se sentem satisfeitos consigo mesmos, que acreditam não conseguir fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas, que gostariam de ter mais consideração por si próprios e que gostariam de ter uma atitude positiva para com a sua pessoa. O estudo de Montes-Hidalgo e Tomás-Sábado (2015), indica que estudantes de enfermagem com níveis baixos de autoestima, têm dificuldade em reagir e reajustarem-se a situações adversas. Todo o contexto clínico, com a exigência técnica, emocional, académica, relacional, bem como todo o processo superviso implícito, são fatores destacados pelos estudantes nos seus discursos e podem concorrer para os dados descritos.

Os resultados estatísticos obtidos apenas com a aplicação do Questionário de Bem-estar Psicológico, revelaram por si só alguns dados pertinentes, entre os quais, o facto de existir uma

percentagem elevada de estudantes que, de alguma forma, se sentiram incomodados/aborrecidos/nervosos, se sentiram muito em baixo, abatidos e cansados/exaustos ou desgastados. É ainda evidenciado que existe uma fração de estudantes que, embora com percentagem reduzidas, referem sentirem-se emocionalmente instáveis, inseguros de si, com reduzida vitalidade e pouco alegres. Estes aspetos são salientados nas unidades de registo apresentadas na análise de conteúdo e encontram-se, também eles, relacionados com o conjunto de exigências académicas sentidas em ensino clínico.

Relativamente à relação entre a autoestima e o bem-estar psicológico, é evidenciada que a uma melhor autoestima, corresponde também um melhor bem-estar psicológico. O estudo realizado por Figueiras (2017), realizado com estudantes do ensino superior, encontra resultados semelhantes.

É atribuída relevância acrescida aos dados que evidenciam desequilíbrios significativos, bem como às estatísticas percentualmente mais reduzidas obtidas na aplicação da Escala de Autoestima e Questionário de Bem-Estar psicológico. Esta tomada de posição é assumida uma vez que se considera essencial ressaltar que a percentagem ou valor numérico obtidos não constituem apenas uma medida estatística, mas representam um estudante, uma pessoa, um ser humano nas suas dimensões biopsicossociais, enquadrado na dimensão do problema em estudo.

As dimensões “Família e amigos”, “Atividade física/associativismo”, “Nutrição”, “Sono/stress”, “Trabalho/tipo de personalidade”, “Introspeção” e “Comportamentos de saúde e sexuais” são que apresentam maior relação com os valores de autoestima e bem-estar psicológico recolhidos. Na investigação de Ferreira et al. (2017), foi obtido que, na caracterização dos estilos de vida de estudantes de enfermagem, os valores mais alterados negativamente reportam-se a: baixa atividade física/associativismo, alteração do padrão nutricional, alteração do sono e baixa capacidade para gerir o stress, e nos domínios de trabalho/tipo de personalidade e introspeção. É importante refletir porque são estas as áreas que mais afetam a autoestima e bem-estar psicológico, consequentemente os estilos de vida, nesta esfera dimensional interdependente.

A família e os amigos assumem uma grande importância nesta fase da vida de um estudante, principalmente o grupo de amigos. A procura de suporte social e emocional para a resolução de um problema é uma das estratégias de coping mais utilizadas pelos estudantes em ensino clínico (Almeida, 2016). Quando a família é o suporte principal, a procura de suporte emocional é o comportamento mais frequente entre os estudantes. Quando se tratam dos amigos, os comportamentos mais procurados centram-se nos convívios sociais, como comer, beber, usar drogas e/ou medicamento (Almeida, 2016). É expectável que o principal suporte e apoio venha destes dois conjuntos, e o que é

relatado pelos estudantes é que é difícil arranjar tempo e disponibilidade para este relacionamento interpessoal. O afastamento de recursos familiares imediatos pode condicionar também o estilo de vida de um estudante (Carvalhais, 2020).

A falta de atividade física é justificada também pelos mesmo motivo de falta de tempo e disponibilidade. Em momentos de lazer, o sedentarismo é mais assumido como forma até de repouso e compensação por todo o cansaço sentido. Carvalhais et.al (2020) atribuem a falta de exercício físico pela carga horária, quer do ensino clínico, quer das demais exigências académicas que resultam em pouco tempo livre para os estudantes.

Na questão do associativismo ele surge como um fator de grande relevo para os estudantes, contudo é percecionado como mal compreendido e pouco apoiado pelos Professores que os acompanham, mas nota-se que tende a ser uma das dimensões mais privilegiadas nos momentos em que não se encontram em ensino clínico. Tal emerge como forma de encontrarem e interagirem com os seus pares, ao mesmo tempo que gerem emoções, encontram com quem desabafar e aliviar o stress. Candeia (2018), refere as atividades extracurriculares frequentadas pelos estudantes como um mecanismo apoio nos pares, representado, a par disso, uma mais-valia no seu percurso académico de um estudante, com influências positivas para o seu bem-estar (Candeias, 2018).

A questão dos maus hábitos alimentares, surge pela gestão do tempo e prioridades e como forma compensatória por todo o stress vivenciado. Embora não tenha sido referido pelos estudantes, Carvalhais et al. (2020) refere que a facilidade de acesso e o baixo custo económico podem surgir como uma das principais razões para o consumo de alimentos menos saudáveis, como por exemplo, alimentos com alto teor calórico. O facto de, em contexto clínico, as refeições feitas à mesa, em casa, serem substituídas por refeições rápidas e muitas vezes em pé podem também acarretar alterações nesta área.

O sono é outro dos aspetos com resultados negativos. Os estudantes referem diminuir as suas horas de sono como forma de ganharem tempo, quer para estudar ou concretizarem as demais exigências académicas, quer como forma de ganharem tempo de lazer e de fazer aquilo que mais gostam. O sono, quando é efetivo também não é recuperador pelo que acarreta consequências, também elas negativas. Neste domínio, no estudo de Carvalhais et al. (2020) o horário de adormecer e acordar, o tempo e horas de sono são os aspetos mais relevantes e que manifestam algumas falhas nos estudantes de enfermagem, essencialmente porque estes se deitam muito tarde para ficarem a estudar, têm de acordar cedo no dia a seguir e, dormem, consequentemente, poucas horas.

A forma de lidar com as inúmeras situações geradoras de stress a que os estudantes estão sujeitos em ensino clínico, revelam-se muito diversificadas, daí a necessidade do desenvolvimento de um processo que vá de encontro às necessidades individuais. Não obstante, é salientado por mais do que um estudante o apoio nos pares como uma estratégia recorrente e importante e que apresenta as limitações já referidas. Carvalho e Valente (2019) descrevem que no domínio do stress, os resultados em estudantes de enfermagem podem mais negativos em relação a população em geral. No estudo de Almeida (2016), conclui-se que os estudantes em ensino clínico apresentam níveis moderados a altos de stress, com os fatores pessoais relacionados com capacidades de gestão de tempo e trabalho, emoções a servirem de condicionantes. Numa outra investigação, realizada por Kumar (2018), fatores ambientais e académicos são os principais geradores de stress nos estudantes de enfermagem.

No domínio do trabalho/tipo de personalidade, o grande conjunto de tarefas e exigências percebidas pelos estudantes no decorrer do ensino clínico, podem contribuir para os resultados obtidos.

A introspeção diz respeito a áreas mais pessoais e individuais, com associação a aspetos do domínio psicológico, pelo que aspetos relacionados com a personalidade do estudante e a forma como lida com a diversidade de vivências experienciadas, podem ter influência naquilo que esta dimensão poderá influenciar num todo.

Por último, os comportamentos sexuais e de saúde não foram um tema esmiuçado nem evidenciado pelos estudantes no seu discurso, mas que será de interesse para futura investigação e consequente interpretação.

Parecem ser encontrados aspetos transversais e interligados nas várias dimensões identificadas e que se influenciam mutuamente, influenciam os estilos de vida e a autoestima e o bem-estar psicológico.

Os domínios: “Sono/Stress”, “Trabalho/Tipo de personalidade” e “Introspeção” são, dentro dos enunciados, os que apresentam uma correlação mais forte com a autoestima e bem-estar, sendo por isso importante não só a interpretação desta relação, bem como o planeamento de intervenções para estas áreas, uma vez que estaremos a melhorar os estilos de vida promovendo a autoestima e bem-estar psicológico, pela relação que já se constatou que se estabelece.

Carvalhais et al. (2020) e Carvalho e Valente (2019), indicam que os estilos de vida dos estudantes de enfermagem se caracterizam por carga horária excessiva, poucas horas de sono, maus hábitos alimentares, falta de exercício físico e sedentarismo. Existe ainda a questão de que em ensino clínico os estudantes têm a sua formação clínica por turnos, que pode interferir, para além do descrito,

em áreas dos estilos de vida como por exemplo a gestão do tempo, atividades de lazer e de socialização.

Segundo Carvalho e Valente (2019), num estudo que descreve os estilos de vida dos estudantes de enfermagem numa perspetiva global, é descrita a relação do domínio psicológico com aspetos como o sono, ansiedade, stress e depressão, com fatores de risco associados: o sedentarismo, alimentação incorreta, a falta de descanso, tempo e lazer. O domínio “Introspeção” contempla questões sobre se o estudante se considera otimista/positivo, se se sente tenso e/ou oprimido e triste e/ou deprimido. No presente estudo, a força substancial existente entre este domínio e a autoestima e bem-estar psicológico, vão de encontro ao mencionado.

A exigência académica sentida pelos estudantes, a falta de tempo, o estudo intenso, a sobrecarga horária (Carvalho e Valente, 2019) aliada aos trabalhos académicos que têm que realizar são fatores que acabam por influenciar negativamente os estilos de vida dos estudantes (Carvalhais, 2020;), o que vai de acordo aos resultados obtidos com a presente investigação, podendo nomeadamente, ser uma justificação para a relação tão forte estabelecida com entre o domínio “Sono/Stress” e “Trabalho/Tipo de personalidade (este último incorpora também uma questão sobre se o estudante se sente atarefado e/ou acelerado) e a autoestima e bem-estar psicológico.

Nos resultados obtidos do estudo de Carvalhais et. al (2020) a falta de tempo para sair, relaxar e estar com os amigos bem como a redução do tempo livre manifesta um substancial impacto na vida dos estudantes, influenciando a sua saúde física e psicológica. Esta constatação corrobora os achados, sendo esta ligação um fator preponderante na influência de dimensões como a autoestima e bem-estar psicológico.

É difícil a separação linear de um fator desencadeador/perturbador para cada um dos domínios referidos. O que é comprovado pelo que os estudantes transmitem no seu discurso é que, uma vez que uma situação que lhes ocorre em ensino clínico, consegue ter consequências em si como um todo, afetando, muitas vezes, mais do que um aspeto do seu sector individual.

Importa ressaltar que é praticamente transversal a todo o discurso dos estudantes, a grande influência que o ensino clínico tem em todas as suas esferas pessoais. Ao comando desta fase de formação dos estudantes, encontra-se um supervisor clínico, e é perceptível, pelas palavras dos estudantes, a responsabilidade que este pode ter em tudo. As estratégias utilizadas no decorrer do processo superviso, bem como a relação supervisiva estabelecidas têm influência direta e/ou indireta no estudante. Revela-se assim, extremamente importante a sensibilização dos supervisores clínicos, para todos os aspetos aqui referenciados e que se relacionam com os estilos de vida e toda esta esfera

interrelacionada que os contemplam, de forma a melhor poderem ajudar, formar e desenvolver o estudante e pessoa que acompanham.

A transição para o ensino superior gera alterações em praticamente todos os domínios do estilo de vida de estudante. No decorrer da pesquisa bibliográfica nos diferentes momentos, é frequente a associação de algumas das áreas identificadas, e como tal, a vivência do ensino superior e ensino clínico devem ser vistos como fenómenos abrangentes e multifatoriais, onde a alteração de uma área ou dimensão do estilo de vida relativo estudante, pode desequilibrar todas as restantes (Almeida, 2016; Carvalho e Valente, 2019; Cruz, 2008, Ferreira et al.; 2017; Martins, 2008; Silva, 2016; Silva et al., 2014). Este facto é congruente com os resultados obtidos com este estudo, confirmado nos dados estatísticos, nos relatos dos estudantes e consequentemente, com as resoluções da análise de conteúdo.

A formação profissional do estudante de enfermagem, deve fazer-se acompanhar indissociavelmente de um desenvolvimento pessoal também. Para além das competências teóricas, técnicas e práticas (naturalmente impostas e previstas), urge fomentar-se o desenvolvimento de competências de domínio social, político, cultural e ético, conduzindo naquilo que se espera ser uma construção de uma identidade profissional e pessoal mais favorável, com benefícios evidentes (Abreu, 2001; Bonito, Trindade, 2008; Marinho-Araújo, 2016; Novo, S., 2011; Pires, 1995)

Foi possível, com a concretização do *focus group*, o estabelecimento de algum tipo de clarificação, relação e justificação para os resultados obtidos com a aplicação do questionário, podendo inferir-se algumas das possíveis causas e consequências para os mesmos. O grande contributo remanescente relaciona-se com o a supervisão clínica. Emergem das unidades de registo resultantes do discurso dos estudantes, algum tipo de relação estabelecida entre os problemas identificados e toda a esfera supervisiva inerente ao processo de supervisão em ensino clínico.

7.1 Estratégias de supervisão clínica promotoras de estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem em ensino clínico

No que diz respeito às estratégias de supervisão clínica que poderão promover estilos de vida mais adequados nos estudantes de enfermagem durante a realização do um ensino clínico, estas foram obtidas a partir da análise dos resultados obtidos nas duas fases interrelacionadas do estudo, com destaque mais acentuado para os aspetos que emergem do discurso dos estudantes, aquando da realização do *focus group*. Como último objetivo definido, as estratégias a seguir enunciadas surgem

quase como o produto final e conclusão de todo o caminho trilhado e desenvolvido desde o primeiro momento, sendo, pelo que se entende, um contributo para a prática e para a temática da investigação.

Estas estratégias alicerçam-se num paradigma fundamental: acompanhar o estudante de uma forma personalizada, individual, compreendendo-o e interligando as suas dimensões biológica, psicológica, afetiva, relacional e social. Não obstante às demais exigências de formação académica e desenvolvimento pessoal e profissional. Este é um preceito que transparece no discurso dos estudantes e que parece influenciar qualquer uma das dimensões abordadas no estudo. Só tendo por base e bem presente ao longo de todo o processo supervisivo esta premissa, será possível obter resultados positivos na implementação das estratégias de seguida propostas.

Não serão divididas ou categorizadas as estratégias enumeradas pela sua transversalidade e dificuldade de individualização, uma vez que uma estratégia pode ter influência em mais do que uma área identificada. Por conseguinte, as estratégias de supervisão clínica propostas são:

- ✓ Otimizar estratégias de comunicação (o que se diz, em que momento, como se faz, quem está presente, a forma como se expressa)
- ✓ Definir de objetivos adequados e concretizáveis no tempo de ensino clínico estabelecido
- ✓ Incentivar a existência de momentos de lazer
- ✓ Ensinar sobre o sono e descanso e incentivar a implementação de estratégias para os melhorar
- ✓ Ensinar e treinar estratégias de gestão de tempo
- ✓ Ensinar e treinar estratégias de gestão de emoções
- ✓ Promover/incentivar a frequência de atividades e/ou grupos extracurriculares
- ✓ Valorizar competências transversais (ex: recursos pessoais, afetivos, relacionais, sociais e éticos)
- ✓ Dar feedback positivo
- ✓ Mediar feedback negativo
- ✓ Conhecer o percurso formativo do estudante (ensinos clínicos prévios, ensinos clínicos em meio hospitalar/comunidade; se possui unidades curriculares em atraso, etc.)
- ✓ Conhecer o estudante (conhecer o percurso pessoal, onde reside, com quem vive, como se desloca para o ensino clínico, os seus gostos, objetivos, expectativas para o ensino clínico, dificuldades prévias e esperadas, problemas pessoais, etc.)
- ✓ Delinear estratégias de acordo com as necessidades individuais do estudante
- ✓ Promover aprendizagens significativas

- ✓ Gerir a exigência de acordo com cada estudante (tendo em o seu percurso formativo)
- ✓ Gerir a exigência de acordo com cada fase do ensino clínico
- ✓ Mediar a exigência de acordo com os objetivos do ensino clínico
- ✓ Estimular a uniformização do processo superviso realizado pelo Professor(a) e pelo Enfermeiro(a) Tutor(a) (diminuição da dicotomia Escola-Prática Clínica)
- ✓ Percecionar durante todo o percurso formativo, o estudante na sua condição de pessoa a aprender e a formar-se e não como um profissional
- ✓ Providenciar um suporte e acompanhamento em situações emocionalmente complexas para o estudante (Ex: doença terminal, morte, doença pediátrica, etc.)
- ✓ Providenciar suporte emocional
- ✓ Promover uma relação supervisiva de apoio, suporte e confiança
- ✓ Estabelecer relação empática com o estudante
- ✓ Envolver-se (no caso de Professor(a)), se possível, em órgãos institucionais relacionados com o estudante)
- ✓ Incentivar a expressão da opinião por parte do estudante
- ✓ Valorizar a opinião do estudante
- ✓ Escutar o estudante

Embora algumas das estratégias descritas sejam elementares e fundamentais, considerando-se óbvia boa prática supervisiva, encontram-se na mesma expressas pela pertinência dos resultados obtidos neste estudo. Considera-se difícil intervir diretamente em algumas das áreas explicitadas, mais que não seja pelas competências específicas exigidas para tal intervenção, como por exemplo a autoestima ou bem-estar psicológico como fenómenos isolados. Não obstante, parece ser evidente que a alteração de alguns fatores derivados das experiências vivenciadas em ensino clínico, podem conduzir a alterações significativas nestas vertentes e, conseqüentemente, na melhoria do estilo de vida do estudante e da vivência desta fase da formação.

Existem poucos estudos a abordar isoladamente todas das dimensões dos estilos de vida em estudantes de enfermagem, mas os existentes relacionam-nas, permitindo inferir a sua influência nos estilos de vida como um todo. São perceptíveis pontos e/ou aspetos que adquirem uma transversalidade de relação entre a supervisão clínica e os estilos de vida adquiridos durante a vivência do ensino clínico. À supervisão clínica confere-se, conseqüentemente, um papel fundamental na atenção fornecida aos aspetos relacionados com os estilos de vida, uma vez que, pelo que emerge

deste trabalho, há uma considerável relação entre experiências ocorridas em ensino clínico e algumas das variáveis que os influenciam.

Paralelamente ao supra referido, devem existir outras estratégias que podem ser sugeridas aos estudantes que não estão diretamente implícitas no processo de supervisão, mas que podem contribuir para melhorias significativas em algumas das áreas evidenciadas na investigação e recaem mais para a instituição de ensino que o estudante frequenta (Carvalhais et al. 2020; Carvalho e Valente, 2019), sendo a promoção da saúde e de estilos de vida adequados essencial. Na escola onde decorreu o estudo, já existem algumas estratégias em vigor: a existência de órgãos institucionais de apoio ao estudante, como por exemplo o provedor do estudante, conselho pedagógico, gabinete de apoio ao estudante, apoio psicológico; a existência de eventos promotores da participação estudantil; a existência de diversos grupos de associativismo: a associação de estudantes, grupos de fados, teatro, tunas entre outros. Não obstante, é preciso reforçar juntos dos estudantes, de forma direta e indireta (ex: pelos pares) que estes podem e devem recorrer a estes órgãos institucionais, e no caso dos grupos de associativismo, deve ser política dos docentes a fomentação da sua frequência ou de outras atividades de lazer, lutando para a diminuição dos sentimentos mais negativos percebidos pelos estudantes em relação à atitude dos seus professores. Podem ser ainda adotadas outras estratégias como por exemplo: a realização de workshops de aprendizagem/desenvolvimento, para os estudantes, nos domínios que se revelaram mais deficitários nos estilos de vida; a realização de sessões de educação para a saúde, para os estudantes, nos domínios que se revelaram mais deficitários nos estilos de vida; a realização de ações de sensibilização, aos docentes e órgãos com responsabilidade pedagógica, para a temática dos estilos de vida; a realização de ações de formação, aos docentes e órgãos com responsabilidade pedagógica, sobre estratégias de ensino e supervisão relacionadas com os estilos de vida. Podem ainda ser difundidas ações promotoras de estilos de vida saudáveis nos estudantes desde o 1º ano, empoderando-os para enfrentarem o ensino clínico e confronto com o mundo de trabalho (gestão do stress; hábitos de sono e descanso; alimentação saudável; gestão do tempo de trabalho e lazer, etc.); o envolvimento e concertação entre o conselho pedagógico e científico, clarificando objetivos gerais e específicos para cada ensino clínico e perante diferentes percursos dos estudantes, já que cada grupo faz um percurso distinto ao longo dos ensinos clínicos do 3º e 4º ano e isso por si só, parece traduzir-se em desenvolvimentos e dificuldades diferentes que não deveriam ser descontextualizados nem ignorados; a formação/consultadoria aos enfermeiros tutores e professores supervisores de ensino clínico no domínio da comunicação e relação, especificação no

domínio do feedback positivo, valorização das conquistas, orientação para ultrapassar as dificuldades, gestão de stress, emoções, entre outros.

Toda a experiência e vivência académica, o sucesso académico e os estilos de vida adotados e adquiridos, a par de uma construção pessoal, profissional, ética e social inerentes ao processo de formação no ensino superior, poderão ter implicações na pessoa como futuro profissional pelo que devem ser um foco de atenção valorizado por um supervisor clínico.

Decorrente de dados obtidos, existem resultados que não foram alvo de análise e descrição neste estudo por não se enquadrarem nos objetivos definidos, mas que não deixam de ser relevantes e pertinentes porque fizeram parte integrante do trabalho desenvolvido e porque podem ser utilizados para futuras análises e investigações. Este conjunto de dados encontra-se remetido para anexos.

No que aos objetivos da investigação realizada diz respeito, no âmbito da presente dissertação de mestrado, pode-se afirmar que os objetivos definidos foram atingidos, uma vez que foi possível: identificar os estilos de vida dos estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, numa escola do norte do país; avaliar a relação entre os estilos de vida, autoestima, bem-estar psicológico e variáveis sociodemográficas em estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem, numa escola do norte do país; e identificar contributos para estratégias de supervisão clínica promotoras de estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem em ensino clínico, numa escola do norte do país. Foi possível identificar as áreas dos estilos de vida com alterações mais significativas nos estudantes de enfermagem em ensino clínico e algumas das suas possíveis causas e consequências. No final da concretização desta investigação, é completamente perceptível a diversidade e riqueza de dados gerados, que podiam ser analisados, relacionados e esmiuçados. Por se tratar de uma dissertação de mestrado, o caminho metodológico foi traçado e cumprido. Não obstante, os resultados poderão ser utilizados para investigações futuras. Como recomendações para futuras investigações, sugere-se a interpretação de dados não explicitados neste documento por não irem de encontro aos objetivos definidos; considera-se interessante a aplicação do questionário em estudantes em ensino clínico e sem estarem a frequentar o ensino clínico, comparando os resultados; replicação deste estudo de uma forma longitudinal durante todo o curso de licenciatura de enfermagem; a replicação noutros momentos temporais do ensino clínico (ex: final), em cursos de ensino superior noutras áreas da saúde com ensinos clínicos e até mesmo noutros cursos de ensino superior de áreas distintas. Numa perspetiva mais ambiciosa, seria interessante o estudo da eficácia da implementação das estratégias de supervisão enunciadas; a realização de um estudo longitudinal de acompanhamento de um grupo de estudantes em ensino clínico desde o seu

início (no 3º ano) até ao seu final (4ºano), com a aplicação do questionário utilizado em diferentes momentos da formação, com um programa de intervenção baseado na supervisão clínica e nas estratégias de supervisão sugeridas neste estudo.

8. BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson (2001). Identidade, formação e trabalho. Lisboa: Formusau, Formação e Saúde Lda e Educa.
- ABREU, Wilson C. (2007). – *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- ALARCÃO, Isabel e TAVARES, José (1987). Supervisão da prática pedagógica – uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem. Coimbra: Livraria Almedina.
- ALMEIDA, Rui (2016). Estratégias de coping na gestão de stresse em ensino clínico. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Dissertação de Mestrado.
- BARBOSA, Mónica (2015). Fatores que influenciam a supervisão de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem em ensino clínico: perspetiva do enfermeiro tutor. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado.
- BARDIN, L. (1997). Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70
- BELO, Ana (2003). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem – perspetiva do aluno. Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.
- BOMFIM, Rosa (2012). Competência Profissional, uma revisão bibliográfica. Revista Organização Sistémica. Vol 1, n.1, p. 46 – 64. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistaorganizaosistemica/index.php/organizacaoSistemica/article/view/62>
- BONITO, Jorge e TRINDADE, Vitor (2008). Desenvolvimento Profissional e Pessoal. Callapez. pp. 351-360. Disponível em: https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4396/1/soares_4.pdf
- BORGES, Paula (2013). Implementação de um modelo de supervisão em enfermagem: perspetiva dos supervisores. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Dissertação de Mestrado.
- CAIRES, Susana (2001). Vivências e percepções do estágio no ensino superior. Universidade do Minho: Grupo de Missão para a Qualidade do Ensino/Aprendizagem
- CANDEIAS, Helga (2018). Bem-estar, satisfação académica e atividades extracurriculares. Universidade de Évora, Évora. Tese de Doutoramento.

- CARVALHAIS, Maribel et al. (2020). Promover estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem. Revista de Investigação & Inovação em Saúde. Vol. 3, N. 1., p. 43 – 53. Disponível em: <https://doi.org/10.37914/riis.v3i1.79>
- CARVALHAL, Rosa. (2003). Parcerias na Formação. Papel dos orientadores clínicos. Loures: Lusociência.
- CARVALHO, Ana Luísa e VALENTE, Geílsa (2019). O estilo de vida de estudantes de enfermagem pelo mundo. Enfermagem Brasil. Vol. 18 n.2., p. 691-699. Disponível em: <http://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2753>
- CARVALHO, António L. (2005) Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem. Instituto Piaget, Lisboa.
- CARVALHO, António et al. (2019). Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica – Manual Prático. Porto: Istockphoto.
- CHAVES E.C.L. et al. (2013). Assessment of nursing students' selfesteem at a university in the South of Minas Gerais. Invest Educ Enferm. Vol. 31. N.2., p. 261-269. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072013000200012
- COSTA, M^aArminda, MESTRINHO, M^a de Guadalupe e SAMPAIO, M^a Julieta (2020). Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. 1^a ed. Ministério da Saúde e Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- CRUZ, Márcia (2008). Ansiedade e Bem-Estar na Transição para o Ensino Superior: O Papel do Suporte Social. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.
- CRUZ, Sandra (2012). Do AD HOC a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em uso. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica. Porto.
- CUNHA, Madalena et al. (2017). Bem-estar em estudantes do ensino superior. Millenium, 2(edespec n.2), p. 21 – 38. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/12098>
- CUSTÓDIO, Susana (2010). Stress, suporte social, optimismo e saúde em estudantes de enfermagem em ensino clínico. Universidade de Aveiro, Aveiro. Tese de Doutoramento.
- DECRETO-LEI. Diário da República, nº 353, I Série – A, 30 de Maio 1999, p. 6198 – 6201.
- DECRETO-LEI. Diário da República, I Série - A. Nº 42, 22 de Fevereiro 2005, p. 1494 – 1499.
- DECRETO-LEI. Diário da República, II série. N.º 113, 14 de junho de 2018, p. 16656-16663.

- DIOGO, Paula et. al. (2016). Supervisão de Estudantes em ensino clínico: correlação entre desenvolvimento de competências emocionais e função de suporte. *Revista de Enfermagem de Saúde Mental. Especial 4*, p. 115 – 122. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0150>
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. Estilo de Vida Saudável. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/estilos-de-vida-saudavel.aspx>
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004). Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estilos-de-vida-saudaveis.aspx>
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. A Promoção de Saúde; A Carta de Ottawa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- FERREIRA, Fernanda (2017) et al. Perfil de saúde dos estudantes de enfermagem: diagnóstico epidemiológico a partir do modelo PRECEDE-PROCEED. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, n.º 15, p. 91 – 100. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17047>
- FIGUEIRAS, Marcelo (2017). A relação entre o bem-estar psicológico, autoestima e felicidade: diferenças entre alunos do ensino superior e privado e alunos do ensino superior público em Portugal. Universidade Fernando Pessoa, Porto. Dissertação de Mestrado.
- FIGUEIREDO, J.P. (2015). Comportamentos de saúde, costumes e estilos de vida. Universidade de Coimbra. Tese de Doutoramento
- FONSECA, Maria José et al. (2016). O processo de supervisão em ensino clínico. Perspetiva dos estudantes e enfermeiros. *Investigacion en Enfermaria: Imagen y Desarrollo*. Vol. 18, n. 2, p.77 – 88. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145245624006.pdf>
- FONTES, Raquel (2007). Promoção de Estilos de Vida saudáveis nas crianças e adolescentes. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado.
- FORTIN, Marie-Fabienne – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009
- FREITAS, Paulo; TERRASÊCA, Manuela (2013). Aprendizagem e avaliação em ensino clínico. A teoria dos três mundos. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, Vol. 4 n. 2, p. 36 – 47. Disponível em: <http://www.ugr.es/~jett/index.php>

- GONÇALVES, Amadeu et al. (2016). Insónia nos estudantes de enfermagem em ensino clínico. Revista de Enfermagem de Saúde Mental. Especial 3, p. 73 – 78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0121>
- GPS - Grupo de Promoção da Saúde e Bem-estar (2015). A U.Porto como universidade promotora da saúde – uma responsabilidade social da universidade. Disponível em: https://sigarra.up.pt/sasup/pt/conteudos_service.conteudos_cont?pct_id=2366&pv_cod=16GoHdmanvlg
- HANAWI, S. et al. (2020). Impacto of a healthy lifestyle on the psychological well-being of university students. International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences. Vol. 9 n. 2, p. 1 – 7.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2016). Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. ISBN 978-989-25-0356-1
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. [ICN] (2017). ICNP Browser (Versão Portuguesa). Disponível em: <http://www.old.icn.ch/what-we-do/ICNP-Browser/>
- JANSSEN, Inger e ENE, Kerstin (2016). Nursing students' evaluation of quality indicators during learning in clinical practice. Nurse in Education Practice. Vol. 20, p. 17 – 22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2016.06.002>
- KUMAR, Rajesh (2018). Academic climate, academic stress and self esteem among baccalaureate nursing students. Nursing & Midwifery Research Journal. Vol. 14, n. 2, p. 53-61.
- LIMA, Brigitt et al.(2017). Avaliação da ansiedade e autoestima em concluintes do curso de graduação em Enfermagem. Revista Enfermagem UFPE on line. Vol. 11, n.11, p. 4326-4333. Disponível em: <http://DOI: 10.5205/reuol.23542-49901-1-ED.1111201708>
- MARINHA-ARAÚJO, Claisy, ALMEIDA, Leandro (2016). Abordagem de Competências, desenvolvimento humano e educação superior. Psicologia: Teoria e Pesquisa.Vol.32, n.esp, p. 1 -10. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32ne212>
- MARROCO, João E GARCIA-MARQUES, Teresa. 2006. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Laboratório de Psicologia. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal, 2006, Vol. 4(1) , 65-90
- MARTINS, Alda (2008). Estilos de vida de estudantes do ensino superior. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. Vol 16, n.2, p. 100 – 105. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/1140/1151>

- MARTINS, Conceição et al. (2017). Situações indutoras de stress e burnout em estudantes de enfermagem nos ensinos clínicos. Revista de Enfermagem de Saúde Mental. Especial 3, p. 25 – 32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0163>
- MELO, Rosa et al. (2017). Dificuldades dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem no ensino clínico: percepção das principais causas. Revista de Enfermagem Referência. Série IV, n. 15, p.55 - 64. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17059>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2018). Retrato da Saúde, Portugal. Lisboa: Ministério da Saúde. ISBN 978-989-99480-1-3
- MIRANDA, C. (2015). Preparação dos Enfermeiros para o exercício de funções de docência: contribuição da supervisão clínica em Enfermagem . Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Dissertação de Mestrado
- MONTEIRO, Erica (2014). Implementação de um modelo de Supervisão clínica em Enfermagem: Impacto na organização. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Dissertação de Mestrado
- MONTES-HIDALGO, Javier e TOMÁS-SÁBADO (2015). Selfesteem, resilience, locus of control and suicide risk in nursing students. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, Espanha. Vol. 26, n.3, p.188-193. Disponível em: DOI: 10.1016/j.enfcli.2016.03.002
- NOVO, Sandra (2011). Gestão da supervisão do ensino clínico em enfermagem: perspetivas dos enfermeiros orientadores do CHNE, EPE. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança. Dissertação de Mestrado.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional - fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012). Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2019). Regulação e avaliação do curso de licenciatura em enfermagem. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11641/sai2019-3630-15042019-regulacao-e-avaliacao-do-curso-licenciatura-enfermagem.pdf>

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2015). Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2000). Relatório mundial de Saúde.
- OLIVEIRA, Adilson et al. (2018). Fundamentos da pesquisa em gestão de pessoas: observando oportunidades de investigação. Revista Científica de Ajes. Vol 7, n. 14, p.1 – 17. Disponível em: <http://www.revista.ajes.edu.br/index.php/rca/article/view/174/150>
- OLIVEIRA, Clarissa et al.(2016). Oficinas de gestão do tempo com estudantes universitários. Psicologia: Ciência e Profissão. Vol. 36, n.1, p. 224-233. Disponível em: doi: 10.1590/1982-3703001482014
- PALLANT, Julie (2005). SPSS Survival Manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows. 2nd edition. National Library of Australia. Allen&Unwin.
- PEREIRA et al. (2018). Adaptation and validation of the Psychological general well-being Index: confirmatory factor analysis of the short version. Revista Referência. Série IV, nº 18. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV18001>
- PINTO, Duarte J. (2013) – Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem. Dissertação de Mestrado
- PIRES, Ana Luísa (1995). Desenvolvimento pessoal e profissional – um estudo dos contextos e processos de formação das novas competências profissionais. Universidade Nova de Lisboa. Dissertação de Mestrado.
- PORTARIA Nº 799-D/99 – Aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Diário da República nº 219, Suplemento Série I-B. 1999, 18 de Setembro
- QUEIRÓIS et al. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista Referência. Série IV, n. 3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- RODRIGUES, Sofia (2011). Aprendizagem dos Enfermeiros ao longo da via – adaptação e validação da escala de Jefferson. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Dissertação de Mestrado

- ROMANA, Guilherme et al. (2019). Multimorbidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. Acta Médica Portuguesa. Vol 32, n. 1, p.30 – 37. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.11227>
- ROMANO, Ana et al. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. Psicologia, saúde & doenças. Vol. 8, n. 1, p. 109 –116. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862007000100008
- ROSENBERG, Morris (1965). Society and the adolescent selfimage. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- RUA, Marília (2011). De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico. Loures: Lusociência. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde
- SANTOS, Paulo J. (2008). Validação da Rosenberg Self-esteem Scale numa amostra de estudantes do ensino superior. Avaliação psicológica: formas e contexto. Vol. XIII. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- SCILAR, MOACYR (2007). História do conceito de saúde. Physis: Rev. Saúde Coletiva. Vol 17, n.1, p. 29 – 41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>
- SEQUEIRA, Carlos et al. (2013). Vulnerabilidade em estudantes de enfermagem no ensino superior: estudo exploratório. Journal of Nursing and Health. Vol.3, n.2, p. 179 – 181. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17856/1/2013_Vulnerabilidade%20mental%20em%20estudantes%20de%20enfermagem%20no%20ensino%20superior%20estudo%20explorat%c3%b3rio.pdf
- SEQUEIRA, Carlos et al. (2019). Levels of positive Mental Health in Portuguese and Spanish Nursing Students. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. Vol 0, n.0, p. 1 – 10. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078390319851569>
- SERRA, Miguel et al. (2016). Formação e Desenvolvimento Profissional dos Enfermeiros. 1ªed. Loures: Lusodidata.
- SHAW, Julie et al. (2017). Student Clinical Supervision Models. ANTS Autumn Edition. Vol. 9, n. 1, p. 3 – 7.
- SILVA, Aline (2019). Padrão de sono, fadiga e perfil antropométrico de estudantes universitários. Humanidades & Tecnologia em Revista (Fenom). Vol. 19, p. 7 – 19. Disponível em: http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/930

- SILVA, Armando (2016). Estilos de Vida em estudantes do Ensino Superior. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento
- SILVA, Armando; BRITO, Irma; AMADO, João (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário *Fantastic Life Assesment* em estudantes do ensino superior. Ciências & Saúde Coletiva. Vol 16, n. 9, p. 1901 – 1909. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232014196.04822013
- SILVA, Fhon et al. (2019). Lifestyle associated to self-esteem and demographics variables in nursing students. Revista Científica Ciencias de la Salud. Vol. 9. N.2., p. 72-78. Disponível em: <https://doi.org/10.17162/rccs.v9i2.186>
- SILVA, Isabel, VELOSO, Ana L. e KEATING, José (2014). Focus group: considerações teóricas e metodológicas. Revista Lusófona de Educação. Vol. 26, n.26 p. 175 – 190. Disponível em: <https://revistas.ulusofoa.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>
- SILVA, Madalena (2015). Determinantes da qualidade do sono em estudantes de enfermagem. Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. Dissertação de Mestrado.
- SILVA, Natália Gomes e SILVA, Josevânia (2019). Aspetos psicossociais relacionados à imagem corporal de pessoas com excesso de peso. Revista Subjetividades. Vol 19, n. 1, p.1 – 16. Disponível em: DOI: 10.5020/23590777.rs.v19i1.e8030
- SILVA et al. (2018). A construção do conceito de saúde frente a uma perspetiva histórica socioambiental. Revista da Pós graduação e Pesquisa – Congrega urcamp. Vol.15, n.15, p.420 – 428. Disponível em: <http://ediurcamp.urcamp.edu.br/index.php/rcjgpg/article/view/2830/1939>
- SIMÕES, João (2004). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem A Perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.
- WAZLAWICK, Patricia (2017). Formação e Desenvolvimento Pessoal e Profissional de jovens universitários: resultados da aplicação da pedagogia ontopsicológica. Nuances. Vol 28, n. 2, p.191 – 211. Disponível em: doi: 10.14572/nuances.v28i2.3769
- WELLS, Laura; MCLOUGHLIN, Moira (2014). Fitness to practice and feedback to students: A literature review. Nurse Education in Practice. Vol. 14, p. 137-141. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.08.006>
- World Health Organization (1998). Constitution of World Health Organization. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

- World Health Organization (2018). European Health Report – more than numbers. <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018>
- YOUNG-JU, Lee e SEUNG-KYONG YANG (2019). Relationships among self-esteem, major satisfaction, social support and adjustment to college life of nursing students. Asia Life Sciences. Vol. 20, n. 2, p. 51 – 60.

ANEXOS

ANEXO I - Questionário “tenho um estilo de vida fantástico?” (Silva, 2016)



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
NURSING

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM

Questionário - «Tenho um estilo de vida Fantástico?»

No âmbito do III Curso Internacional de Pesquisa-ação Participativa, acordou-se entre os participantes de várias Instituições de Ensino Superior, a implementação do modelo PEER-IESS (Instituições de Ensino Superior Salutogénicas) no sentido de viabilizar o processo de integração na Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras de Saúde (RIUPS). Considera-se que todas as pessoas que compõem a comunidade educativa têm direito a participar de forma coordenada para atingir objetivos que estimulem a melhoria contínua das condições de saúde e a criação de ambientes saudáveis, que transcendam a esfera puramente académica e alcancem a sociedade em que a instituição se insere, configurando-se como um recurso fundamental desta para o seu desenvolvimento e sustentabilidade (in Declaração de Alicante, RIUPS 2017).

Este grupo entendeu ser crucial avaliar os estilos de vida dos estudantes e dos trabalhadores do ensino superior com este instrumento, desenvolvido no âmbito do projeto PEER da UICISA-E. O seu preenchimento não implica qualquer tipo de custo ou risco para os participantes, mas permitirá conhecer (e monitorizar) várias dimensões do estilo de vida. Demorará apenas 30 minutos e, no final, poderá imprimir a sua informação para poder refletir sobre o seu estilo de vida. Caso deseje ser posteriormente contactado, deixe o seu contacto no final do Questionário. Os dados recolhidos servirão para se desenhar intervenções de promoção da saúde. Garantimos o sigilo, a confidencialidade, bem como o anonimato dos participantes na análise dos dados. A participação é VOLUNTÁRIA e a desistência, a qualquer momento, é um direito que assiste a todos os participantes. Caso necessite de mais esclarecimentos, por favor contate peer@esenfc.pt.

I Parte - Dados sócio-demográficos

1. Qual a sua Instituição de ensino
2. O seu Curso:
- 2a. Qual o ciclo de estudos que frequenta?
3. Nº de matriculas:
4. Ano Curricular:
5. Data de Nascimento
(Exemplo: aaaa-mm-dd)
6. Género ☐ Masculino ☐ Feminino
7. Habilitações literárias da mãe
8. Habilitações literárias da pai
9. O curso escolhido foi a sua primeira opção? ☐ Sim ☐ Não
10. Além de estudar, trabalha? ☐ Não ☐ Sim
11. Se sim: ☐ A tempo parcial ☐ A tempo inteiro
12. Qual é o seu peso? Kg (Exemplo: 74)
13. Qual é a sua estatura? m (Exemplo: 1.75)
14. Quantas pessoas fazem parte do agregado familiar?

15. Qual o rendimento do agregado familiar mensal:
- ☐ Até 1 ordenado/renda mínimo/a
 - ☐ De 1 a 3 ordenados/renda mínimo/a
 - ☐ De 3 a 6 ordenados/renda mínimo/a
 - ☐ De 6 a 10 ordenados/renda mínimo/a
 - ☐ Mais de 10 ordenados/renda mínimo/a

16. Encontra-se deslocado do seu local de residência (morada de família):
- Não ☐ Sim ☐

17. Se respondeu Sim, com quem vive actualmente:
- ☐ Sozinho
 - ☐ Com amigos
 - ☐ Com Conjugue
 - ☐ Com Filhos

18. Considera ter vícios / dependências:
- ☐ Sim
- ☐ Não

18. Se Sim Quais?:

- 18.1 Alguma vez tentou modificar esse comportamento:
- ☐ Sim
- ☐ Não

19. Em média, por semana, quantas noites sai para atividades recreativas?

20. Em média, por mês, quantas noites sai para atividades recreativas?

21. Quanto gasta, em média, por noite

€

(inclui transporte, tabaco, alimentos, entradas)?

22. Numa escala de 0 a 10, como classifica o seu estilo de vida
- ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

(0 representa um estilo de vida nada saudável e 10 um estilo de vida muito saudável)?

PARTE II - Questionário da Percepção Corporal

A partir das figuras apresentadas, indique o número a qual das imagens corresponde:



1	Qual o nº que representa a forma como se vê:	<input type="text"/>
2	Qual o nº que representa a forma como gostaria de ser:	<input type="text"/>
3	Qual o nº que representa ser saudável:	<input type="text"/>

PARTE III – Questionário da Auto-estima / Bem-estar Psicológico

Auto-estima

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como te sentes acerca de ti próprio(a). Assinala, na respectiva coluna, a resposta que mais se te adequa

		Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
1	De uma forma geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Às vezes penso que não presto para nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Penso que tenho algumas boas qualidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Creio de que não tenho grande coisa de que me orgulhar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Gostaria de ter mais consideração por mim próprio (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um(a) falhado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bem-estar Psicológico

Nas questões que se seguem são enumeradas situações que podem traduzir como se pode ter sentido ou reagido **durante o último mês**. Indique a frequência ou intensidade, seleccionando a opção correcta:

I. Sentiu-se incomodado(a) / aborrecido(a) / nervoso?	-- Selecciona uma opção --
II. Quanta energia ou vitalidade sentiu?	-- Selecciona uma opção --
III. Sentiu-se abatido (em baixo)	-- Selecciona uma opção --
IV. Sentiu-se emocionalmente estável e seguro(a) de si próprio	-- Selecciona uma opção --
V. Sentiu-se alegre	-- Selecciona uma opção --
VI. Sentiu-se cansado(a), exausto(a) ou desgastado(a).	-- Selecciona uma opção --

PARTE IV – Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo **FANTASTICO**, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
FAMÍLIA E AMIGOS									
Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:						-- Selecciona uma opção --			
Deu e recebe carinho/afectos:						-- Selecciona uma opção --			

PARTE IV - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo **FANTASTICO**, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
ACTIVIDADE FÍSICA/ASSOCIATIVISMO									
Sou membro de um grupo comunitário e/ou de auto-ajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo nas actividades activamente						-- Seleccione uma opção -- ▼			
Ando no mínimo 30 minutos diariamente:						-- Seleccione uma opção -- ▼			
Eu realizo uma actividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto durante						-- Seleccione uma opção -- ▼			

PARTE IV - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo **FANTASTICO**, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
NUTRIÇÃO									
Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente						-- Seleccione uma opção -- ▼			
Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food:						-- Seleccione uma opção -- ▼			
Ultrapassei o meu peso ideal em:						-- Seleccione uma opção -- ▼			

PARTE IV - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo **FANTASTICO**, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

TABACO	
Eu fumo cigarros:	-- Seleccione uma opção -- ▼
Geralmente fumo ____ cigarros por dia:	-- Seleccione uma opção -- ▼

PARTE IV - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo **FANTASTICO**, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1 UBP = 1 bebida fermentadas; 2 UBP = 1 bebida destilada

ÁLCOOL	
A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é:	-- Seleccione uma opção -- ▼
Bebe mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:	-- Seleccione uma opção -- ▼
Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas:	-- Seleccione uma opção -- ▼

OUTRAS DROGAS	
Uso substâncias psicoactivas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy:	-- Seleccione uma opção -- ▼
Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia	-- Seleccione uma opção -- ▼
Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína:	-- Seleccione uma opção -- ▼

PARTE IV - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo **FANTASTICO**, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
---	---	---	---	---	----------	---	---	---	---

SONO E STRESS	
Durmo bem e sinto-me descansado:	-- Seleccione uma opção -- ▼
Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:	-- Seleccione uma opção -- ▼
Relaxo e disfruto do meu tempo livre	-- Seleccione uma opção -- ▼

PARTE IV - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo **FANTASTICO**, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
---	---	---	---	---	---	----------	---	---	---

TRABALHO/TIPO DE PERSONALIDADE	
Sinto que ando acelerado e/ou atarefado:	-- Seleccione uma opção -- ▼
Sinto-me aborrecido e/ou agressivo:	-- Seleccione uma opção -- ▼
Sinto-me feliz com o meu trabalho e actividades em geral:	-- Seleccione uma opção -- ▼

PARTE IV - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo **FANTASTICO**, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
INTROSPECÇÃO									
Sou uma pessoa optimista e positiva:							-- Seleccione uma opção -- ▼		
Sinto-me tenso e/ou oprimido:							-- Seleccione uma opção -- ▼		
Sinto-me triste e/ou deprimido:							-- Seleccione uma opção -- ▼		

PARTE IV - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo **FANTASTICO**, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
COMPORTAMENTO DE SAÚDE E SEXUAL									
Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde:							-- Seleccione uma opção -- ▼		
Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade:							-- Seleccione uma opção -- ▼		
No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem estar e a protecção do parceiro/a:							-- Seleccione uma opção -- ▼		

PARTE IV - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, clicando em cada uma das letras do Acrónimo **FANTASTICO**, considerando a sua vida no último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
OUTROS COMPORTAMENTOS									
Como peão e passageiro, cumprio as medidas de protecção e/ou segurança pessoal e rodoviária:						<input type="text" value="-- Seleccione uma opção --"/>			
Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemóvel, etc):						<input type="text" value="-- Seleccione uma opção --"/>			

Questionário EVF - Estilo de Vida Fantástico: adaptação de McMaster University, Ontário, Canadá, Do you have a Fantastic lifestyle; Tradução e adaptação da versão publicada no Guia para a Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior (Lange, I. Vio, F. 2006) por Silva, Brito, Amado, 2011

OPCIONAL - Para futuros contactos no âmbito da saúde/estilos de vida posso ser contactado para o email

enviar

Desenvolvido por [ESENFC](#)

ANEXO II - Autorização para a utilização do Questionário “Tenho um estilo de vida fantástico?”; Autorização da instituição para a colheita de dados

Alfonso

**Escola Superior de Enfermagem do Porto
Comissão de Ética**

Parecer sobre a aplicação do questionário “Tenho um estilo de vida Fantástico?”, integrado no projeto ATRACASS (UNIESEP).

Investigador principal: Márcia Antonieta Carvalho da Cruz (ESEP/UNIESEP)

Data da submissão à CE: 16/08/2017 (Fluxo 2017/2580).

Documentos que compõem o processo de submissão:

- Email da investigadora principal com o pedido de apreciação e parecer à Comissão de Ética da ESEP;
- Formulário de submissão de projeto de investigação à CE da ESEP;
- Guião de apresentação do projeto da UNIESEP “Agir na tradição académica para promover saúde e segurança”, de que o questionário faz parte;
- Questionário de recolha de dados a ser aplicado aos participantes, (link de acesso online)

Natureza e contexto do Projeto

O questionário de recolha de dados integra-se no projeto ATRACASS, inscrito na UNIESEP, promovido pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e que conta ainda com a participação de outras instituições de ensino de Enfermagem.

Surge no âmbito do III Curso Internacional de Pesquisa-ação Participativa e tendo em vista a implementação do modelo PEER-IESS (Instituições de Ensino Superior Salutogénicas) no sentido de viabilizar o processo de integração na Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras de Saúde (RIUPS).

Instituições envolvidas no projeto:

Escolas Superior de Enfermagem do Porto;

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;

Cruz Vermelha Portuguesa - Escola Superior de Enfermagem de Oliveira de Azeméis;



Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde;

Universidade do Algarve – Enfermagem;

Instituto Politécnico de Coimbra, Universidade de Trás os Montes e Alto Douro - Escola de Enfermagem;

Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde.

Finalidade, objetivos e tipo de estudo:

O Estudo ATRACASS tem por finalidade intensificar e estimular a investigação de translação e a capacidade de inovação em tecnologias de saúde e segurança aplicada às tradições e festas académicas. A participação da Escola Superior de Enfermagem do Porto neste projeto abre as portas à sua constituição como uma das instituições de ensino superior promotoras da saúde.

Objetiva a cocriação do conhecimento prático como ideias, planos e propostas de startup, postos de trabalho, ou mass customization, potenciados por tecnologias de informação e comunicação para reduzir problemas de saúde e sociais relacionados com as tradições académicas. Equipas de estudantes, docentes e líderes locais (grupos-semente) recebem formação (2ECTS, b-learning e job shadowing); identificam situações de risco ou necessidades nas tradições académicas; concebem propostas e testam produtos, serviços e processos (PPS) de saúde e segurança centrados no cliente.

Tipo de Estudo (ATRACASS): Pesquisa-ação Participativa

O questionário relativamente ao qual é solicitado o parecer da CE, tem como objetivo obter o perfil de estilo de vida dos respondentes, fornecendo ainda orientações para promover os estilos de vida saudáveis.

Metodologia e procedimentos de colheita:

População: estudantes do 1º e do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem e todos os colaboradores internos da instituição (docentes e não docentes)

Este questionário "Tens um estilo de vida FANTASTICO?" foi já validado junto de 12 instituições do ensino superior da região centro do país.

O Questionário será de preenchimento on-line e enviado para o endereço eletrónico institucional, sendo as respostas direcionadas para uma base de dados a cargo da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Fornecer automaticamente o perfil de estilo de vida ao respondente, o que permite que após o diagnóstico sejam implementadas ações promotoras da saúde com base nos princípios da pesquisa ação participativa em saúde.

Proteção dos sujeitos de investigação

Não está prevista a existência de um consentimento escrito. No entanto, os participantes são informados (no preâmbulo do questionário), acerca dos objetivos da investigação, sendo livres de aceitar, ou não, a colaboração no preenchimento do questionário, pelo que o consentimento é implícito.

O questionário é anónimo, mas os participantes, se o pretenderem, podem fornecer o seu endereço eletrónico, para futuros contactos no âmbito da saúde/estilos de vida.

PARECER

Considerados:

- O interesse científico-pedagógico do estudo;
- Os benefícios no âmbito da saúde/estilos de vida, que podem ser obtidos nos próprios participantes;
- A garantia da participação voluntária, informada e confidencial;
- A idoneidade da equipa de investigação e a inserção do projeto na UNIESEP,

A CE nada tem a opor à aplicação do questionário.

Porto, 11 de setembro de 2017

A relatora



Ana Paula França

P'ela Comissão de Ética



Ana Paula França
Coordenadora da CE ESEP

**ANEXO III - Email enviado aos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem a
frequentar o Ensino Clínico**

Caras(os) Estudantes em Ensino Clínico,

O meu nome é Sérgio Silva, e tal como vocês, fiz a minha formação toda na Escola Superior de Enfermagem do Porto. De momento encontro-me a realizar o Mestrado de Supervisão Clínica em Enfermagem. O meu interesse nesta área decorre também da minha experiência pessoal enquanto estudante da Licenciatura em Enfermagem e especificamente durante um período tão importante de transição na vida de um estudante que é o ensino clínico. Neste sentido, coloco-vos o desafio de preencher este questionário que me vai permitir delinear ações futuras para o melhor acompanhamento dos estudantes em ensino clínico, bem como contribuir para o conhecimento nesta área.

Para acederes ao questionário basta entrares no link abaixo identificado.

<http://web.esenf.pt/qst2/admin-peeriess/Qst-online/index.php?id=9&qkey=1376463128362>

Este questionário tem a particularidade de, no final, te proporcionar os resultados finais da tua autoavaliação e dar-te ainda algumas orientações que te ajudar a ter um estilo de vida fantástico.

Desde já o meu muito obrigado por colaborares e por contribuíres para um futuro melhor dos estudantes.

Qualquer dúvida poderá contactar sergiosilva_21@hotmail.com ou marciacruz@esenf.pt

Mais uma vez, obrigada pela tua colaboração!

ANEXO IV - Guião de entrevista - *Focus group* (apresentação *Power Point*)

A Supervisão Clínica nos Estilos de vida de Estudantes de Enfermagem

em Ensino Clínico

Sérgio Rodrigues Silva

Orientador:
Professor Doutor Luís
Carvalho

Co-orientadora:
Professora Márcia Cruz

Contextualização

Objetivos do estudo:

- ✓ Identificar os estilos de vida dos estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem;
- ✓ Avaliar a relação entre os estilos de vida, autoestima, bem-estar psicológico e variáveis sociodemográficas em estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem.
 - ✓ Objetivo específico: Avaliar a relação entre estilos de vida dos estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem com:
 - Autoestima
 - Imagem Corporal
 - Bem-estar psicológico
 - ✓ Objetivo específico: Avaliar a relação entre os estilos de vida dos estudantes de enfermagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem com:
 - a Família e os amigos
 - a Atividade física/associativismo
 - a Nutrição
 - o Tabaco
 - o Álcool e outras drogas
 - o Sono/stress
 - o Trabalho/tipo de personalidade
 - a Introspeção
 - os Comportamentos de saúde e sexuais
 - Outros comportamentos
- ✓ Identificar contributos para estratégias de supervisão clínica promotoras de estilos de vida saudáveis nos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

Contextualização

Participantes

Estudantes do 3º e 4º ano (que se encontrem em ensino clínico) do Curso de Licenciatura da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Resumo:

A etapa universitária representa uma fase de grandes mudanças que levam à consolidação do desenvolvimento pessoal e profissional.

Esta fase de transição surge assim como uma oportunidade para adquirir ou consolidar hábitos e comportamentos compatíveis com estilo de vida saudável. Dentro deste grupo, os estilos de vida dos estudantes do ensino superior assumem características muito próprias.

A supervisão clínica assume um papel fundamental, uma vez que o papel do supervisor para além de uma componente científica e didática, inclui também uma pedagogia assente num modelo para a construção da identidade profissional e pessoal do estudante.

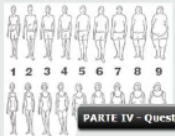
Contextualização

Instrumentos de recolha de dados:

1. Questionário de “Estilo de Vida Fantástico” - instrumento de autopreenchimento e avaliação que explora os hábitos e os comportamentos na população-alvo em relação aos estilos de vida adequados para a saúde.

PARTE II - Questionário da Percepção Corporal

A partir das figuras apresentadas, indique o número a qual das imagens corresponde:



PARTE IV - Questionário sobre o Estilo de Vida

Preencha a grelha, indicando em cada uma das letras do Acrónimo FANTÁSTICO, considerando a sua vida último mês (assinale a opção que considera mais correcta)

1. Qual é nº que representa a forma como se vê:	F	A	N	T	Á	S	T	I	C	O
2. Qual é nº que representa a forma como gosta de ser:										
3. Qual é nº que representa ser saudável:										

ACTIVIDADE FÍSICA/ASSOCIATIVISMO

Sou membro de um grupo comunitário e/ou de auto-ajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo nas actividades activamente

Selecione uma opção -->

Ando no mínimo 30 minutos diariamente:

Selecione uma opção -->

Eu realizo uma actividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto durante

Selecione uma opção -->

Bem-estar Psicológico

Para questões que se seguem são enumeradas situações que podem traduzir como se pode ter sentido ou reagido durante o último mês. Indique a frequência ou intensidade, seleccionando a opção correcta:

I. Sentiu-se incomodado(a) / aborrecido(a) / nervoso?	Selecione uma opção -->
II. Quanta energia ou vitalidade sentiu?	Selecione uma opção -->
III. Sentiu-se abatido (em baixo)	Selecione uma opção -->
IV. Sentiu-se emocionalmente estável e seguro(a) de si próprio	Selecione uma opção -->
V. Sentiu-se alegre	Selecione uma opção -->
VI. Sentiu-se cansado(a), exausto(a) ou desgastrado(a).	Selecione uma opção -->

Contextualização

Instrumentos de recolha de dados:

2.



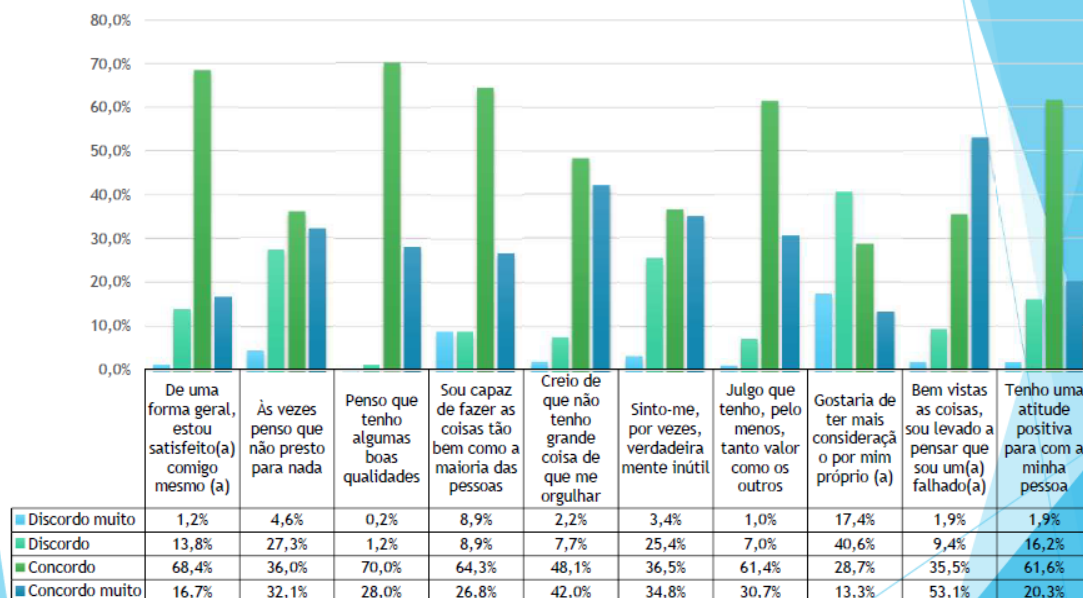
Focus group com estudantes
do 3º e 4º ano do CLE da
Escola Superior de
Enfermagem do Porto



Objetivos específicos *focus group*:

- ✓ Clarificar os resultados obtidos com a aplicação do questionário “Tenho um estilo de vida Fantástico?”
- ✓ Obter possíveis explicações para os resultados obtidos com a aplicação do questionário “Tenho um estilo de vida Fantástico?”
- ✓ Recolher contributos para a identificação de estratégias promotoras de estilos de vida saudáveis

Autoestima

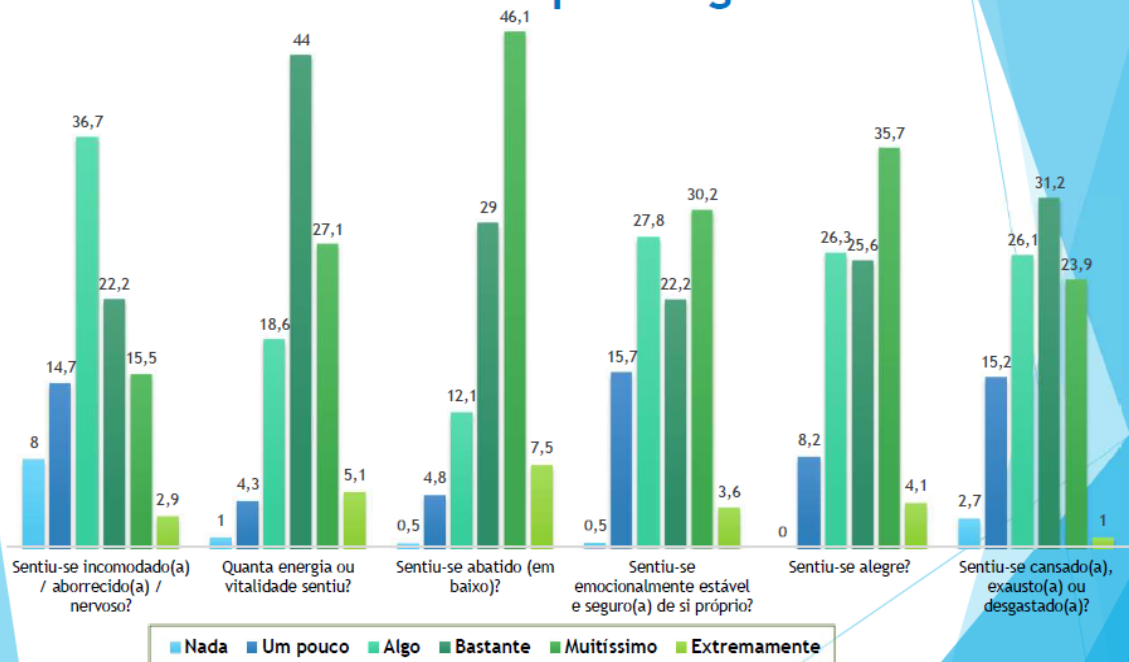


Autoestima

Questões:

1. Qual a opinião em relação aos resultados obtidos?
2. Porquê resultados tão negativos (pergunta a pergunta)?
3. Qual a questão e respetivo resultado que mais preocupa?
4. Quais poderão ser os fatores que contribuem para valores tão baixos de autoestima, no contexto do estudo?
5. O que sugeriam para melhorar?
6. Qual o papel do professor/tutor nesta área?

Bem estar psicológico



Bem estar psicológico

Questões:

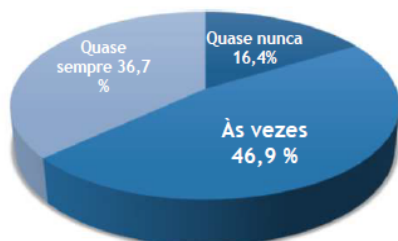
1. Qual a opinião em relação aos resultados obtidos?
2. Porquê resultados tão negativos (pergunta a pergunta)?
3. Qual a questão e respetivo resultado que mais preocupa?
4. Quais poderão ser os fatores que contribuem para os valores obtidos em relação ao bem estar psicológico, no contexto do estudo?
5. O que sugeriam para melhorar?
6. Qual o papel do professor/tutor nesta área?

FANTÁSTICO

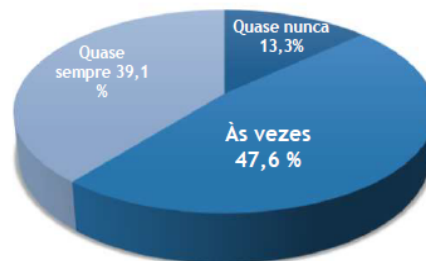


Sono/ Stress

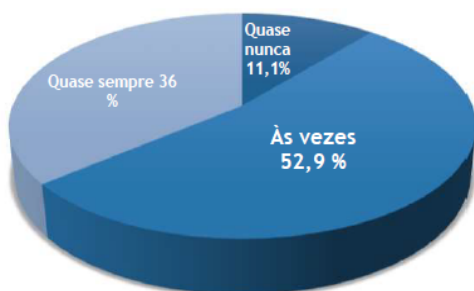
Durmo bem e sinto-me descansado:



Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:



Relaxo e disfruto do meu tempo livre:



Sono/ Stress

Questões:

1. Qual a opinião em relação aos resultados obtidos?
2. O que sugeriam para melhorar?
3. Qual o papel do professor/tutor nesta área?

Sono/ Stress

Questões:

1. Qual a opinião em relação aos resultados obtidos?
2. O que sugeriam para melhorar?
3. Qual o papel do professor/tutor nesta área?

Trabalho/ Tipo de Personalidade

Questões:

1. Qual a opinião em relação aos resultados obtidos?
2. O que sugeriam para melhorar?
3. Qual o papel do professor/tutor nesta área?

Obrigado pela Participação!

“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?”

Fernando Pessoa

ANEXO V - Consentimento informado – *focus group*

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE
INVESTIGAÇÃO**

Título do estudo: A supervisão clínica nos estilos de vida dos estudantes de enfermagem em ensino clínico

Explicação do estudo: Realização de um *focus group*, que inclui a gravação áudio da sessão por completo.

Confidencialidade e anonimato: Será garantido o sigilo, a confidencialidade, bem como o anonimato dos participantes na análise dos dados. A participação é VOLUNTÁRIA e a desistência, a qualquer momento, é um direito que assiste a todos os participantes. Caso necessite de mais esclarecimentos ou queira desistir do estudo em questão, por favor contacte sergiosilva_21@hotmail.com.

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento: _____

... ..

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

ANEXO VI - Transcrição do *focus group*

E2 - O estudo do Sérgio emerge no doutoramento que estou a fazer que tem a ver exatamente com a questão do desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes desta escola, obviamente em sintonia e já na altura eu procurei ver de que forma é que os fatores potenciariam o stresse em si também poderiam estar relacionados com esta questão da autoestima, mas também com as competências de relacionamento interpessoal e também o que emergiu daí. Até contrariamente aquilo que eu estava à espera, e que vai um bocado de encontro com esta auto-perceção que os estudantes têm da autoestima, os estudantes imputam em si a maior parte das causas. Eu estava à espera que fossem as questões da auto avaliação, normalmente as avaliações são sempre consideradas momentos de injustiça, de grande pressão, mas o que realmente acabou por emergir (e também foi só com os estudantes do 3º e 4º ano – os que estão em ensino clínico) é que o facto de terem dificuldades na comunicação, com a família, com os utentes ou com os próprios orientadores e tutores que isso é que aumentava o stresse, porque achavam sempre que...avaliavam-se sempre a si próprios como pouco capazes, pouco competentes, ou seja, passando o termo “rebaixavam-se” e depois não se conseguiam posicionar de uma forma mais assertiva e mais bi-direcional na resolução das dificuldades que iriam surgir. Isto por um lado, e por outro lado também emergia outra questão, que era o desfasamento entre a expectativa que há do professor da escola (que está em sintonia) e do enfermeiro na prática. Haver aqui expectativas serem muito díspares e o estudante acaba por ficar no meio de “agrado a quem? À Maria ou Manel? Afinal ser enfermeiro é o quê? É o que o enfermeiro faz na prática ou é que o professor diz na escola?”. Partindo do princípio que vocês são informação e, portanto, ainda estão a construir a vossa imagem disto de ser enfermeiro. A mim o que me preocupa como professora é que efetivamente e sem particularizar nada, nós continuarmos a formar e a tentar fazer o melhor na formação, mas quando se integram na prática poucos são os que marcam a diferença. A esmagadora maioria entra rapidamente nas práticas pouco adequadas que nós temos nos serviços (e vocês sabem disso) e também têm sentido crítico sobre isso, não é? Quando estão lá e se sentem forçados a fazer alguma coisa sabendo que está mal, tem espírito crítico, sabem que não é assim, mas naquela circunstância é difícil dizer “assim não faço”. E a questão aqui é: será que estas circunstâncias todas (deixem-se só voltar um bocadinho atrás...) - nós também sabemos e é também a minha preocupação (não é o objetivo do estudo do Sérgio) nós sabemos que há jovens que já entram no ensino superior especificamente nesta escola já com problemas graves de autoestima, portanto é algo que já trazem de trás, pela sua vivência, pelas dificuldades que passaram, pelas suas características, não interessa.... mas também esses merecem o nosso olhar merecem um trabalho da

nossa parte e por isso temos que desenvolver um trabalho pessoal e profissional “não é dizer...olha há ali um grupo que.... paciência não há nada a fazer, não têm autoestima olha paciência...”se nós melhorarmos essa dimensão na vida deles serão melhores pessoas e mais profissionais, certo?

A vossa presença aqui obviamente que vai passar muito pela vossa experiência, mas também pela leitura que vocês fizerem dos vossos pares. Vocês com certeza tiveram nos vossos grupos em ensino clínico pessoas com mais e menos dificuldades e tiveram com certeza situações que vos marcaram umas pela positiva e outras pela negativa. Portanto face a estes resultados e que acaba por ser preocupante eu sentir que não me sinto satisfeito comigo próprio, não tenho realmente muito com que me orgulhar, sinto-me um realmente inútil sou um falhado, faz-nos refletir, não é? O objetivo aqui seria um pouco que vocês próprios falassem da vossa vivência nesta perspetiva. O que é que acham que em ensino clínico e no acompanhamento que nós proporcionamos aos estudantes da nossa escola, o que poderá potenciar isso ou não e em que aspetos a escola poderia ser diferente ou não.

4B – De todos os resultados que foram apresentados, acho que pelo menos o que me chamou mais a atenção foi o facto de nós termos mais de 80% que não tem mais com que se orgulhar. Eu acho que isso parte um bocado de uma cultura de que quando fazemos mal é porque não somos bons, mas quando fazemos bem é porque não é mais do que a nossa obrigação. E acho que o facto de nós nem sempre valorizarmos uma coisa que é bem feita e no estágio quando fazemos alguma coisa bem enquanto aluno, caímos sempre na desvalorização porque é isso que é esperado de nós, já estamos a fazer aquilo que devemos fazer, portanto, a partir daí, como é que nos vamos orgulhar de uma coisa que pronto é o esperado? Por isso não há muito a fazer e acho que passa um bocado pelo facto de se valorizar mais o que é esperado de nós como alunos. Essa é outra coisa que nos afeta. Nós somos alunos e não somos Enfermeiros; estamos a fazer um estágio não como Enfermeiros, mas como alunos, portanto claro que nunca vamos ser excelentes como um Enfermeiro. Para isso estaríamos no mesmo nível. Portanto acho que passa um bocado por essa valorização – mais enquanto aluno e enquanto estudante de enfermagem e não como aquilo que viremos a ser ou não. Depois, aliado a isto, acho que o resultado que surge de que mais de 50% achar que ou ser levado a pensar que é desvalorizado ou que é levado a pensar isto é importante refletir sobre isso porque não é uma coisa intrínseca, são um conjunto de fatores externos que acabam por influenciar o aluno a sentir-se desse modo e acho que isso vem um bocadinho de acordo com aquilo que eu estava a dizer e deve-se considerar um bocadinho mais.

3A – Para corroborar um bocadinho o que a ... dizia e falo em estatísticas 36 % diz que não serve para nada; 63% dizem que tem tanto valor como os outros, ou seja, a visão que se retira prendendo apenas

ao questionário é que enquanto estudantes de enfermagem nós todos nos vemos como um par, mas existe aqui algum fator que por alguma razão leva 56% a desvalorizar (assim como a ... disse) colocar-se numa posição de subserviência. Portanto é importante saber quais é que são estes dois fatores; se realmente não são os colegas que estão a dificultar a vida uns aos outros, é se é realmente porque há alguma coisa por detrás como por exemplo a pressão que nos é exercida pelo tutor como pelo Professor, ou até mesmo o local de estágio que não é muitas vezes o perfeito e são talvez esses fatores os que nos levam a pensar realmente que somos uns falhados e que não prestamos para nada.

E1 – Na tua opinião, quando falavas dos fatores que podem levar a isto – o tutor, o Professor, os colegas, o local de estágio – o que achas que pode justificar mais alguns dos dados que vês ali?

3A – Eu acho que é sem dúvida para além da formação do nosso curso (os 2 anos teóricos seguidos dos 2 anos práticos) façam com que os primeiros meses e como este questionário foi em Janeiro, estamos a falar de 3 meses, ou seja, não é um tempo em que muita gente se consiga adaptar. É realmente um choque de realidades e portanto esta nossa realidade de estudante de enfermagem que durante 8 ou 7 horas trabalhamos como um Enfermeiro e depois ainda chegamos a casa e temos que estudar (que é outro fator que realmente pesa) leva-nos um bocadinho a pensar nesta desvalorização do nosso ser e é realmente... há muitas pessoas que tem muito mais do que isto e continuam a fazer um esforço para estarem envolvidos noutro tipo de atividades, mas realmente torna-se um bocadinho este outro lado da moeda, ou seja, sentem-se condicionados porque sabem que realmente chegando a um serviço e ter alguém sempre a dizer que podiam ser melhores ou que nada está perfeito e que existe sempre algo a melhorar, é o que nos condiciona de certa forma. Não pela pessoa, mas também pelo ambiente que se forma.

3B – Acho que relativamente á parte de os estudantes dizerem que não prestam para nada e isso tudo, temos o facto de sairmos de estágio temos que estudar, faz parte... mas também aliado aqui á parte do desenvolvimento pessoal, há muito mais que uma pessoa para ser saudável tem que fazer para além desta parte de tirar o curso. Muitas vezes o que nos é inculido e que (não por experiência própria) mas por partilharem comigo é que no início de um ensino clínico são contadas as 24h de um dia... temos x horas para isto, x horas perdem nos transportes, em estágio, para estudar... chegamos ao fim e as pessoas dizem que “pronto, vocês neste ensino clínico, tem de ser tudo para o estágio, não podem ter vida pessoal”. Isto já aconteceu... e depois lá está... o nosso bem-estar é subvalorizado, ou seja, eu não vou fazer nada porque tenho de viver para o estágio. Se isso me é inculido desde uma fase inicial, uma pessoa que não sinta e que não tenha perceção da necessidade de ter algo para além disso, acho que não vai adotar outro tipo de estilo de vida.

3E – Só acrescentando ao que a minha colega estava a dizer... essa pressão que acaba por ser exercida e nós não lidamos todos com ela da mesma maneira e se nos é incutido dessa forma que realmente o nosso tempo é para ser dedicado aquela coisa, é para ser dedicado ao estágio e se nós lá está, fizemos uma somatória total do número de horas do nosso dia, e percebemos que realmente sobra muito pouco e mesmo desse muito pouco temos de utilizar essas horas para trabalhar para o dia seguinte de estágio; nós não somos todos iguais. Há pessoa que tem mesmo necessidade (aliás... todos nós precisamos) de ter nosso momento para quase nos desligarmos um bocadinho daquilo que é a pressão que nos é exercida todo o dia. E se nós já viemos de um ambiente em que há toda uma pressão para que isso não aconteça – que nós não possamos usufruir do nosso tempo e que efetivamente que não o temos – e como não lidamos todos da mesma forma com as mesmas coisas, acabamos por entrar nesta bola de neve que se começa a formar, formar, formar... e depois como não somos todos iguais, há pessoas que não reagem da mesma forma e se não temos este momento para espairecer, digamos assim...as pessoas acabam por entrar em colapso e daí eu achar notória que as pessoas se sintam desta forma porque não tem tempo para refletir sobre si próprias e refletir realmente sobre o valor que têm ou daquilo que são capazes. Daí eu achar que isto tem muito a ver com essa questão.

4E – Eu queria realçar realmente um resultado que a ... falou (que é mais de 50% dos alunos são levados a pensar que são uns falhados) porque acho que isto só tem uma ligação com os Professores orientadores de estágio visto que eles estão lá responsabilizados por nós, portanto, por muito que um Enfermeiro tutor, por muitos que os colegas exerçam algum tipo de pressão e nós somos levados a pensar alguma coisa por eles, é sempre o Professor que está responsável e terá de ser ele a saber gerir esta situação. Acho que este é (todos nós já passamos por isso) nós respondemos às perguntas, nós superamos objetivos, mas nunca é dado o reforço positivo, nunca é dito “sim, estiveste bem, mas é preciso melhorar aqui”; nunca é dito especificamente e em que objetivo nós temos de melhorar e em que objetivo já atingimos aquele patamar adequado. Como a ... disse, todos nós já sentimos que os objetivos que nos propõem são adequados a profissionais de enfermagem em que por exemplo estamos em ensinos clínicos do 3º ano e não podemos ser comparados a esse nível de profissionalismo, portanto acaba por ficar um bocadinho aquém. Queria reforçar que em quase todos os ensinos clínicos que acabamos, quando vamos fazer a avaliação, dizem-nos sempre “se o estágio continuasse, chegavas à excelência”. Se os objetivos são feitos para o estágio, devem ser adequados até ao seu final, ou seja, a duração do mesmo. Portanto, acho que isto (resultados) advêm de todos esses comentários, de todas essas coisas que os professores dizem que é sempre levado a um extremo que acaba por nos

desvalorizarmos a nós mesmos porque acabamos por nunca atingir o objetivo por muito mais que trabalhemos até ao final do ensino clínico.

E2 – Posso só aqui introduzir uma questão? Já vimos que vocês não iniciam o ensino clínico todos pelo mesmo ensino clínico e na maior parte das situações os tutores não fazem a mínima ideia do que vocês fizeram em primeiro lugar, segundo e terceiro, certo? Nos meus dados, uma das coisas que mostrou que tinha influência é esse desconhecimento. Os meus resultados dizem que como os grupos se misturam, num mesmo grupo imaginem que vai para cirurgia no IPO... vão estar estudantes que já passaram por medicina no HSJ, mas também vão estar estudantes que o único EC que tiveram até lá foi comunidade. Portanto, o á vontade, a destreza, o impacto das situações que vêm pela primeira vez e muitas vezes os tutores em EC não se apercebem (“Então o teu colega safa-se tão bem e tu nem atas nem desatas?”). Não sei se vocês perceberam isto na vossa vivência e o que vos apraz dizer.

4B – Eu acho que sim, que isso é uma coisa que tem influência. Por exemplo, um grupo que acaba sempre por ser orientado pela sua maioria e nós temos (vamos supor) um grupo de 10 pessoas em que temos 8 que já estiveram num EC hospitalar e outra pessoa esteve em comunidade ou parentalidade; no EC primeiro acho que nós procuramos muita a enfermagem mais significativa e cuidados mais humanizados e não temos um ensino humanizado perante o estudante que nós temos e se um aluno veio de comunidade, não podemos esperar dele (pelo menos eu acho isso um bocadinho irrealista) o mesmo que podemos esperar de um aluno que já veio de um meio hospitalar em tudo... quer seja nos turnos, quer seja na organização do tempo, não é nada igual... nós demos uma sessão de educação para saúde. No hospital não há nada semelhante. Eu acho que isso passa um bocadinho por deixar de ser uma abordagem tão generalizada e não nos regeremos pela maioria e se calhar termos um bocadinho mais em atenção o contexto específico de cada aluno porque também há casos em que isso acontece e os Enfermeiros tem o cuidado de perguntar quais os estágios que fez, mas continuam a ser uma minoria e enquanto for uma minoria acaba por não ter um impacto significativo.

E2 – Eu levantei esta questão pela questão que estavam aí a levantar que é e faz sentido... o tempo de ensino clínico deve permitir-me atingir o máximo ou seja, deve estar para que eu ao longo daquelas semanas, tenha a possibilidade de atingir o máximo. E isto reporta-se a outra questão que é: se eu passei por medicina e vou para cirurgia, a minha potencialidade de atingir o máximo é maior. Supostamente já desenvolvi um conjunto de competências no EC que á partida me darão... já não vou no primeiro degrau, já estou ali no primeiro andar e se calhar é só passar para o segundo. Pelo contrário, quem esteve em Parentalidade, está-se a confrontar com... basta o aspeto físico (a artilharia, a enfermaria e tudo mais) também já vai precisar de tempo de adaptação a isso. Vai ser novidade. Para

você faz sentido que o grupo que se faz inicialmente se mantivesse o mesmo até ao fim do ano? Vantagens e desvantagens disso?

3A – Eu acho que vantagens e desvantagens vai haver sempre. Uma das vantagens seria termos um grupo coeso que aprenderia a trabalhar uns com os outros que permitiria desenvolver muitas capacidades de entreajuda, o que se torna um bocadinho difícil visto que andamos um bocadinho a saltar de estágio em estágio sempre com pessoas diferentes. Também há uma adaptação nossa ao trabalho do outro, por exemplo, foi no estágio de comunidade e parentalidade mesmo também em todos os outros, nós desenvolvemos competências entre o grupo, entre formular trabalhos, projetos, etc. e portanto para além de nos termos de adaptar ao local de estágio, ao tutor, ao professor, ainda temos de nos adaptar à forma de trabalhar com o outro e portanto o ideal e o melhor cenário a meu ver, seria realmente conseguir formar um grupo coeso que seguisse os estágios do início ao fim até para de certa forma tentar minimizar as diferenças que existem. Realmente quando um estudante entra em cirurgia depois de medicina ou entra em medicina depois de um EC de comunidade ou parentalidade e que realmente seria muito melhor para nós, mas também acho que também para o Professor e para o tutor. Como falava, esta décalage que existe entre um enfermeiro tutor e outro (que também é comentado, não é?) também pode fazer com que realmente a relação com que “o aproveitamento que nós tiramos” seja muito diferente até porque depois o tutor de certa forma vai-se sentir de outra forma que não a ideal. Agora realmente compreendo que haja desvantagens em tentar levar um grupo coeso do início ao fim e seja muito difícil, mas a meu ver não entra muito na cabeça esta aleatoriedade dos locais de estágio e dos grupos de estágio.

4E – Concorde e discordo. Acho que não deve ser o mesmo grupo de estágio do início ao final do ano porque nós enquanto profissionais temos de nos adaptar a qualquer tipo de profissional, a qualquer tipo de colega de trabalho, portanto é uma mais-valia para nós mudarmos os colegas porque vamos conseguir-nos adaptar a outras realidades, formas de trabalho, gestão de tempo... completamente diferentes porque o nosso tutor é sempre o nosso tutor, mas os nossos colegas de trabalho são aqueles que nos vão ajudar a superar algumas dificuldades, pronto. Pode-se no início não ter o “melhor grupo” (passando a expressão), e depois termos até outro grupo que é adequado. Acho que uma solução que deveria se calhar ser posta na mesa e é os grupos que fazem medicina por exemplo, depois serem realocados todos, toda a gente no próximo estágio da mesma forma, ou seja, acaba por não ficar com os mesmos colegas de estágio, mas acaba por ficar num pé de igualdade iguais uns aos outros, ou seja, “fiz medicina para trás, faço cirurgia agora com as mesmas pessoas que fizeram cirurgia”, não quem fez comigo... não sei se me faço entender. Acho que é uma

mais-valia para nós e acaba por ser mais rotatividade e não tanto específico e coeso porque sim efetivamente temos estágio que trabalhamos em grupo, mas é uma minoria em relação aqueles que trabalhamos mais individualmente.

3B – Eu também acho que impraticável aqui na escola fazer um grupo de estágio sendo o mesmo os momentos todos. Temos a possibilidade de fazer permutas e todos nós sabemos às vezes as necessidades que temos de trocar algum local de estágio. E arranjar durante um ano, não sei quantos grupos que tenham as mesmas necessidades e que possam ir para aqueles locais de estágio, acho que não era viável e um bocadinho irreal.

4B – Eu acho que... pelo menos o que o ... estava a tentar dizer vai um bocadinho de encontro aquilo que a ... disse, mas num grupo mais pequeno, portanto, eu acho que e concordo com a ... nesse sentido, que nós podemos avaliar os estudantes num grupo, num grande grupo em que todos fizeram hospitalar seguem para hospitalar sendo redistribuídos e arranjados mediante os locais de estágio, mas manter sempre quem fez hospitalar com quem já fez hospitalar e acho que isso aí sim, maximizaria todo o potencial que temos para atingir e que os tutores (e lá está, o que o que o ... estava a dizer), cada tutor comentam sempre entre eles determinadas coisas e mesmo nós sentimos isso e acho que seria muito mais num pé de igualdade entre nós e os próprios tutores. Eles teriam mais facilidade para nos avaliar.

4D -Até porque eu acho que isto de haver a comparação entre estudantes e mesmo os tutores falarem entre si sobre os estudantes e de certa forma e não estarmos de igualdade, isso a meu ver acho que potencial aqueles dados de nos sentirmos falhados porque acabamos sempre por ouvir expressões menos agradáveis dos tutores; às vezes dos próprios colegas que já estão mais a vontade e nós não nos sentimos tão á vontade por nunca tivemos em meio hospitalar ou na comunidade e acho que isso é um fator que acaba por influenciar este tipo de dados e de fazer com que o estudante se sinta mais em baixo e mais frustrado porque efetivamente é a nossa vida. Somo estudantes e devemos todos ser vistos como estudantes e num mesmo pé de igualdade porque se estamos a realizar aquele ensino clínico... é para aquele ensino clínico, é para aqueles objetivos... e muitas das vezes isso não acontece e o que nos acontece é que somos rebaixados e muitas das vezes desvalorizados no trabalho que nós fazemos que estamos a aprender e por comparação entre colegas, entre grupos de estágio que já passaram por lá mas se calhar até já tinham feito outro estágio hospitalar. E acho que isso influencia muito estes resultados porque pronto, um colega que já tenha feito um EC hospitalar se calhar não necessita de tanto estudo, de dedicar tanto tempo ao estágio como um que nunca o fez. E isso e há um bocado como o ... estava a dizer, o facto de nós não

termos tempo para nós próprios, isso também acaba por influenciar porque se nós vimos que aquele colega (que realmente é bom), mas se o nosso enfermeiro nos está a comparar a ele... eu quero também ser bom porque eu estou aqui para ser bom e acabo por não ter tempo para mim, para descarregar o que tenho de descarregar de estágio e trazer as coisas de estágio para casa. Isso muitas vezes influencia a nossa autoestima, sentimo-nos mais em baixo e acho que esse é um dos fatores que mostra estes dados.

3E – Muito no seguimento do que a ... estava a dizer...eu acho que por acaso tenho uma experiência um bocadinho positiva em determinados aspetos, no sentido de haver essa preocupação do que realmente foi feito anteriormente. Eu quando fiz o meu EC de cirurgia foi no IPO e foi no momento 3 (salvo erro) e realmente eu só tinha feito parentalidade e comunidade anteriormente e houve essa preocupação do que tinha sido feito anteriormente para não haver essa questão de haver comparações. Mas depois tive uma experiência á posteriori que leva um bocadinho, que acaba por ser um bocadinho um contrassenso porque se houve essa preocupação anteriormente, numa fase final é quase assumir que já está quase tudo feito e eu acho que (muito de encontro ao que a ... estava a dizer), muitas vezes sinto que essa questão da eficiência, muitas vezes há a necessidade de que num serviço se seja eficiente e sobretudo rápido. Nós acabamos por entrar naquele jogo de “tem de ficar tudo feito” e nós sofremos aquela pressão por parte dos tutores ou dos enfermeiros que nos acompanham do “tem de estar feito, tem de ficar feito e o mais rápido possível”. Depois, por outro lado temos aquela digamos “pressão positiva” por parte dos professores de “não... tu tens de te dedicar ao teu doente, tens de ter uma avaliação do teu doente detalhada e consciente”. Por outro lado, sabemos que quando estamos em regime de tutoria, por exemplo, sofremos uma pressão por parte do tutor de que a coisa tem de ser feita e tem de se despachar, “tem de ser despachado”. Lá está, sabermos lidar com estas...é muito antagónico...é lidar por um lado com a questão de que temos de desenvolver competências, temos de desenvolver conhecimento e devemos dedicar aquilo que realmente estamos lá para fazer e por outro lado, temos a questão de que quase como mão-de-obra, que tem de ser feito, tem de ser despachado. Portanto, eu acho que é muito isso...volto á questão de... bate muito na questão de que não somos todos iguais e lidamos todos com estas situações de maneiras muito diferentes. Do meu ponto de vista, é muito difícil viver com este desequilíbrio de perspetivas.

E2 – Só introduzia aqui mais uma questão. E isto tem a ver com a leitura que eu faço do dia-a-dia. Aquilo que eu perceciono entre o primeiro e segundo ano (como sabem eu estou com os alunos do 1ºano) o que eu noto é que os estudantes agrupam-se, associam-se e a sensação que tenho de fora é

que há mais partilhas das angústias (estar zangado com esta unidade curricular, com aquela professora...), eles partilham entre eles e isso também ajuda muitas vezes a re-equilibrar. Depois, quando vocês vão para Ensino Clínico, vejo-vos muito sós. É difícil ver os estudantes em EC juntos a “barafustarem entre eles”, a desabafarem, a libertarem-se. Mas isto... não sei se é assim, estou a dizer que é o que eu perceciono aqui na escola. Isso é assim? Acham que entre teoria e prática depois vocês apoiam-se menos?

4D – Eu acho que o 1º e 2º anos são muito passados cá na escola e os estudantes estão com os estudantes e pronto, acabam por se ver e falarem mais uns com os outros. Quando estamos em EC e muitas vezes devido às alocações que são diferentes, acabamos por não ter tanto tempo para partilhar ou para estar com os nossos colegas para falar sobre isso. Acontece e nós partilhamos e muitas das vezes reclamamos uns com os outros sobre os nossos problemas em estágio. É com menos frequência porque temos menos tempo e não temos tanto tempo por exemplo para vir á escola, irmos tomar um café com os colegas como no 1º e 2º ano (porque as unidades curriculares são teóricas) e pronto... Isso efetivamente acontece e desabafamos uns com os outros e partilhamos, mas com muito menor frequência no meu ponto de vista, porque são diferentes alocações e muitas das vezes estamos em estágio diferentes com as pessoas que... com um grupo de amigos que estamos... estamos todos em sítios diferentes. Por isso, muitas das vezes é complicado encontra-los para desabafar. Sendo que eu acho que vai acontecendo não tanto num grupo maior (como no 1º e 2º ano), mas vai acontecendo.

3E – Acaba tudo por ser uma questão de... nós podemos dizer que... é possível, mas se houver uma muito boa gestão de tempo. Mas isso é tudo muito bonito na teoria no meu ponto de vista. Porque realmente e voltando ao que a ... estava a dizer que se nós fizermos um somatório de todas as horas que nós ocupamos com atividades letivas (digamos assim), se fizermos um turno da manhã, entrámos às 7h30/8h no estágio, saímos às 15/15h30... 16h muitas vezes...17h na pior das hipóteses. O tempo que nos sobra, quando são pessoas que realmente têm que ir para as suas casas, que não são deslocadas, a questão que fica é: qual é o tempo que sobra? Porque entre ter de estudar para o dia seguinte o que é necessário, porque há questões que ficaram pendentes que o Professor nos fez e têm de ser respondidas no dia seguinte ou determinada coisa que sabemos que temos de estudar porque sabemos que vamos executar no dia seguinte; entre viagens de entre a casa e escola, etc. fica muito a questão do tempo que sobra para realmente se possa fazer esse tipo de coisas... para que sobre tempo de qualidade para nós, tempo só nosso. Acho que por muito que haja uma organização muito boa do nosso tempo, acho que se torna muito difícil, sinceramente.

E2 – Consideram que o facto de participarem em atividades extracurriculares da escola (grupo de fados, tunas, grupo de teatro,...) não favorece esses encontros?

3B – Eu acho que sim. Por exemplo no 1º e 2º ano quase nem combinávamos com os nossos colegas. Aparecíamos na escola e encontrávamos logo alguém, enquanto que no 3º e 4º ano às vezes encontrar aqui alguém nosso amigo na escola, é difícil. Combinar alguma coisa com alguém é difícil, não há compatibilidade de horário. Tenho colegas que vivem na mesma casa e para se encontrarem é raro por causa dos horários que não coincidem. As atividades extra-curriculares obrigam de certa forma... sei que naquele dia da semana, naqueles dias eu não marco nada porque já sei que vou “perder” aquele momento para aquela coisa. É um momento em que nos encontramos e estamos e desanuviamos. Como é algo que tem um dia específico, eu já sei que naquele dia vou estar com aquelas pessoas.

4A – Eu acho que aqui nesta discussão temos um problema de quórum porque nesta mesa aqui temos todas as pessoas estão envolvidas em meios académicos dentro da ESEP e eu pessoalmente não me identifico com a maior parte destes resultados, faço parte da minoria, mas concordo com as problemáticas levantadas na discussão, estou de acordo com todas. No entanto uma questão que eu fui estando alerta ao longo destes 4 anos são estes tais alunos que não estão em nada. Porque é engraçado que de nós nos queixarmos muito que não temos tempo para nada, aqueles alunos se calhar ainda se queixam mais da falta de tempo e nós temos muito disto (não sei se convosco também acontece) temos muito isto em estágio, que é: como é que tu ainda tens a lata de dizer isto á minha frente, não é? (não é no sentido ofensivo) mas quer dizer tu saís daqui e vais para casa, não vais fazer nada e 90% dos casos são assim só que as pessoas acabam por ficar sozinhas ou com a família, pronto... tem a sua vida pessoal, não interessa... e acabam por se isolar muito e se calhar acabam por cair numa rotina tão grande de casa-estágio e depois em casa as pessoas tem sempre a tendência a ficar mais quietas ou a fazerem o que quiserem, não interessa... e eu acho que também era interessante termos um elemento desse lado para partilhar a sua experiência. Porque eu convivi com algumas pessoas assim, espero que a presidente (da AE) saiba algum desses casos também para partilhar porque trazem um acréscimo á discussão. No entanto, há um bocado ia falar e acabei por não falar porque eu queria... aquilo que a ... disse... é muito importante, da questão da definição dos objetivos. Não queria voltar a trazer esta discussão, mas acho que se nós prestamos cuidados tão personalizados para o utente em questão, também o ensino devia ser mais personalizado para o estudante porque é claro...há muitos... isto está tão standardizado que às vezes torna-se muito difícil para alguns alunos conseguirem integrar o próprio grupo que seja porque, por exemplo, e nós

sentimos muitas vezes isso... que é se nós tivermos um grupo de estágio que seja relativamente parecido connosco, temos sempre um rendimento... O meu estágio de medicina foi um dos estágios mais fáceis do meu 3º ano porque eu estava com um grupo que era muito semelhante a mim, pensávamos todos da mais ou menos da mesma maneira, tínhamos a mesma carga horária, quer curricular, que extracurricular, então demo-nos tão bem que foi muito fácil. Não que tenha sido fácil, não é? Mas quase nem demos pelo estágio passar e se calhar há estágios que as pessoas até classificam como fáceis que por incompatibilidades tivemos de trabalhar muito mais. Eu acho que às vezes o grupo...há aqui muitas condicionantes... podemos apontar muita coisa porque há várias condicionantes, vários fatores que deveriam ser trabalhados e se conseguirmos fazer uns objetivos de grupo, ou seja, do grupo de estudantes e ainda assim conseguir definir objetivos pessoais, acho que haveriam mais ganhos a nível de aprendizagem e mesmo a nível pedagógico ao longo do Ensino Clínico.

3D – É sobre esta questão das atividades extracurriculares que eu não sei se já alguém sentiu ou se já viram a sentir... Nós estamos aqui a falar que as atividades extracurriculares são muito importantes para o crescimento, para o desenvolvimento, mas depois o que acontece é que há Professores que não compreendem que para além dessas atividades extracurriculares trazerem outras competências aos alunos que se calhar alguém que não anda não desenvolve tão depressa. Quando nós temos de dizer ao Professor “Professor, este fim-de-semana não estive cá, não consegui estudar” porque há pessoas que tiveram atuações ou porque tiveram reuniões bastante longe, não existe essa compreensão correta. Se calhar o que se fica a pensar ou outras vezes nem pensa é que “ah, não devia ter ido”, fica a pensar que não devia ter abdicado desse tempo em prol de algo que não tem nada a ver com o estágio porque na Segunda chegou a estágio e foi repreendido (digamos assim) de uma forma mais subtil por um Professor que não compreende que a nossa vida não é o estágio. Eu nunca fiz do estágio a minha vida e nunca senti diretamente que algum Professor a mim me tratasse diferente por causa disso, mas já vi e ouvi comentários que há Professores que compreendem e apoiam. Que acham que sim, que se existem as faltas, é para dar... e se essas faltas existem á partida o aluno não deve ser prejudicado independentemente do motivo pelo qual faltou e depois existem Professores que acho que levam demasiado a peito um aluno que não tem as 24h do seu dia só para o estágio.

4E – Eu quero realçar realmente aquilo que tu disseste (...) e já senti realmente Professores a questionarem o porquê de eu ir para atividades extracurriculares que não têm importância. Nós todos assumimos como atividades extracurriculares aquilo que nós quisermos e acho que qualquer

grupo da escola pode-se assumir como tal. Portanto, já senti Professores (e achei que não é adequado de todo) questionarem de nós irmos e por que não íamos para casa estudar para o dia seguinte quando passa pela função do Professor orientador também formar enquanto pessoas, na visão mais holística e não tão pragmática em termos de conhecimento práticos para o Ensino Clínico. Portanto, acho que isto nem devia haver discussão quanto a isto porque nós precisamos desse momento e nós aqui realmente estamos a reforçar que é muito bom, etc., etc., quando depois vamos para EC e é completamente o contrário aquilo que nós vivemos. É completamente o contrário o que os Professores pensam e nós temos de nos justificar... que sim, sabemos lidar com o nosso tempo e se calhar se vamos é porque sabemos gerir e se calhar até é bom porque nos faz fortalecer algumas competências...e depois chega a um momento em que somos completamente distinguidos de outros alunos que (como estavam a dizer) não tem nenhuma atividade extracurricular. Aqueles que passam a vida dentro do estágio-escola-casa e tem efetivamente mais tempo para estudar, mas mais baixa autoestima e os professores acabam por valorizar muito mais essas pessoas no final (é verdade, vocês sabem) do que outros que realmente desenvolvem competências. Por exemplo comunicação, mais á vontade, que nota-se realmente a diferença, mas são descartadas um bocadinho porque sabem que nós vamos para essas atividades e abdicamos do tempo de estudo para estar nessas atividades. Acaba por ser um “vai que não vai”.

4B – Eu acho que... e concordo plenamente com o que a ... e a estavam a dizer...e pessoalmente já tive muita experiencia mais do que uma vez e em mais do que em um Ensino Clínico, quer no 3º, quer no 4ºano de ser colocada quase uma escolha por parte dos Professores, que é: “pois, mas se calhar com o EC tem de ponderar quais são as suas prioridades”. E sim, é sempre uma escolha nossa e eu acho que isto também importante dizer, que é, se eu escolho ser da tuna, da associação, do quer que seja... é uma escolha nossa e cada um de nós é livre de escolher participar ou não participar. E isso temos de saber lidar com o que daí advém. Mas eu não sou nem melhor nem pior que o meu colega por ser de um grupo. Quer dizer, posso ter competências que ele não tenha, mas ele também ter competências que eu não tenha e acho que é um bocadinho desmotivador para os alunos porque acho que não há mais alunos envolvidos nos grupos porque sabem que isso às vezes tem umas repercussões que se calhar não deveriam ter. Eu defendo muito isto que é: se a escola permite os grupos existam, é por algum motivo e é porque de certa forma se os reconhece (quer o grupo de fados, as tunas, o grupo académico, o grupo de teatro) acho que por um motivo e é porque sabe que de certa forma interfere e é um fator que ajuda no desenvolvimento das competências dos alunos. Portanto, se a escola e a escola em geral, permite que nós possamos integrar esses grupos,

não vejo qual a autoridade de qualquer Professor ou mesmo... nem são só os Professores... é mesmo a escola em geral porque é que é questionada o nosso valor... por exemplo... se eu disser que passei o fim-de-semana num Congresso, é melhor do que se estiver na tuna? Porquê? Se calhar desenvolvi outras competências; se calhar na tuna até conheci um enfermeiro que me vai levar a um Congresso... nós nunca sabemos e acho que isso é importante. Os Professores deviam ser um bocadinho mais sensibilizados para isso para terem um bocadinho de mais cuidado nesse discurso e muitas vezes no discurso inicial. E vamos outra vez bater nas horas e é quando nos dizem... “pronto, agora com o estágio vocês têm de gerir melhor o vosso tempo para o estágio”. Mas eu tenho de gerir o meu tempo para o estágio e para tudo aquilo que eu quiser ter na minha vida. Portanto acho que passa um pouco por isso.

E2 – Quando eu falo dos grupos, das atividades extracurriculares... esta é a minha perceção. Acho que temos pouca oferta. Ou seja, a oferta que nós temos é mais e que a maioria dos estudantes procuram são as tunas, os grupos de fados e vá lá que o grupo de teatro vai tendo alguma procura. Mas será que nós não deveríamos ter outro tipo de oferta para aquelas pessoas que não gostam de tunas, não gostam de fados, não gostam de uma capa. Porque as atividades desenvolvem efetivamente um conjunto de competências transversais que eu também admito e o meu estudo mostra isso, que os torna mais ágeis, mais competentes em locais de estágio. Agora... como é que nós podemos oferecer e o quê, não sei...

4A – Isto às vezes não é só uma questão de pouca oferta porque às vezes nota-se muito o empenho da Associação de Estudantes, da própria ESEP, em desenvolver atividades que tragam os alunos e que os integrem e que promovam o bem-estar físico, psicológico e social até porque estamos todos juntos, só que já há tanto esta questão que estamos a discutir de que quem vem para estas atividades está a perder o tempo que tem para estudar e depois é penalizado. Há muitas pessoas que não integram qualquer atividade que aconteça precisamente porque isso. Houve um clube de corrida que inicialmente estava a ter bastante sucesso, mas “eu no clube de corrida chego tão tarde a casa e depois o Professor diz-me alguma coisa e então é melhor ficar em casa”. Tal como nós vemos isso muita na tuna, em que temos dias fixos e há muita gente que também não integra a tuna porque sabe que vai chegar a casa e então vai ter problemas em estágio. Aliás, sempre que alguém está apertado em estágio, desaparece uns meses da tuna... e no grupo de fados também acontece o mesmo mas somos poucos por isso vamos revezando. Mas a verdade é que acho... eu concordo com o problema da oferta, mas não é essa a raiz do problema. É mais o porquê das pessoas não quererem aderir e depois quando se conseguir resolver isto sim, trabalhar a oferta porque há muita coisa que

se pode fazer aqui. Mas acho que não é uma questão de oferta que faz com que as pessoas não venham porque mesmo quando há coisas pontuais as pessoas não querem aderir, quanto mais coisa com compromissos. Houve um problema grande na nossa Associação de Estudantes que era os alunos inscreverem-se nos campeonatos (Campeonatos Académicos do Porto) em que a Associação de Estudantes comparticipava a inscrição e os alunos depois nunca apareciam porque não dava para aparecer. Ou porque o Professor dizia não, senão tens falta; às vezes por irresponsabilidade das pessoas, não vou querer atirar as culpas só para um lado e esses são muitos fatores que vão fazendo com que as pessoas... estas histórias vão passando de ano em ano. E é a tal questão de quem conta um conto acrescenta sempre um ponto e às vezes as coisas quando chegam a nós já têm versões se calhar um bocado exageradas para a realidade em questão. Porque o que circula é quem anda nos grupos, não consegue ter aproveitamento académico e isso é totalmente falso.

E2 – Exatamente. E isso até vai contra o que escola defende porque o prémio de melhor estudante é quem tem boas notas, mas que participa ativamente em atividades da escola, precisamente para valorizar esta componente.

3E – Eu só queria dizer que acho que é duas coisas. Uma é que há muita aquela política de “estás na escola, é para tirar um curso” e isto é verdade, mas não é a verdade por completo. Eu acho que a faculdade é muito mais do que isto. Nós andamos numa escola não é só para tirar um curso. Nós estamos numa escola para tirarmos um curso, fazermos amigos, para ter um conjunto de competências que noutros sítios se calhar não o fazíamos, se não eramos licenciados. Acho que essa falta de sensibilidade por parte de quem leciona, de quem faz a gestão da escola, que depois deixa... depois entramos neste meio que o ... acabou de dizer e que não dá para conciliar. No entanto, eu também já acho que dá para se reforçar já há Professores, do meu ponto de vista, que realmente têm esse cuidado, são mais sensíveis a este tipo de questões. Eu já vivenciei isso e penso que a ... também, em que realmente percebem que temos uma vida para além daquilo e precisamos dessa vida, que é fundamental no nosso desenvolvimento e estão um bocadinho mais sensibilizados a essa causa. Nem tudo é mau, no meu ponto de visto. Acho sim que não é a maioria.

E1 - Diz-me só uma coisa... os Professores que estavam a dizer, são os mais novos os mais velhos... são Professores que estão envolvidos no Conselho Pedagógico, não sei... só para ter um pouco a noção.

3E – Eu acho que é um bocadinho de tudo, mas sem dúvida que... eu não consigo dizer se são os Professores mais novos porque eu sei de casos que Professores mais velhos da escola que também

são sensíveis a esse tipo de questões, mas sim tende para professores mais novos e sem dúvida Professores que estão mais envolvidos em por exemplo no conselho pedagógico ou coisas do gênero. Acho que é muito por aí.

4B – Por acaso não concordo que haja uma distinção por idade ou por tempo de permanência na escola. Acho que em relação aos órgãos sim, porque acaba por pôr os Professores um bocadinho numa perspetiva mais observadora e contextualiza mais os problemas dos alunos. Mas a nível de idade por acaso, não há uma discrepância assim tão grande entre um Professor que está cá há mais tempo e outro que está cá há menos porque maior parte dos “ultimatos” (digamos assim) que às vezes nós recebemos de “ou estas a tirar o curso ou estás nas atividades extracurriculares” por acaso, na minha experiência pessoal, até foram Professores mais novos. Portanto acho que isso é um bocadinho da experiência pessoal de cada um e não uma coisa mais fácil de generalizar. Mas acho que sim, que no que diz respeito a pertencerem a órgãos ou já terem uma história de pertencerem a esses órgãos que ajuda muito mais os Professores.

E1 – Eu tinha aqui um conjunto de perguntas, mas vocês foram tocando em todas elas. Se vocês quiserem acrescentar alguma coisa a alguma delas. Elas eram: Porquê que os resultados foram tão negativos? Qual a questão e respetivo resultado que mais vos preocupa? Quais poderão ser os fatores que contribuem para valores tão baixos de autoestima? O que sugeriam para melhorar? Qual é o papel do Professor/Tutor? Agora será para outra parte, que alguns de vocês foram tocando que aqui é separado.

(APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO BEM-ESTAR)

Qual a vossa opinião destes resultados? (São colocadas as mesmas questões)

4A – Se nas outras questões eu dizia que se calhar não tínhamos o melhor quórum, eu acho que aqui então nós nunca mais acabávamos. Porque efetivamente é muito exaustivo e é mesmo bastante exaustivo conseguir organizar tempo para todas as atividades que temos que fazer e depois ainda levar aqueles reforços negativos todos que estávamos a discutir há um bocado. E aí sim, cresce aquele sentimento de cansaço, de “será que estou a ter o desempenho adequado?” e eu acho que se calhar acaba por potenciar os resultados da autoestima porque... é assim, o dia só tem 24h e lá está, nós conseguirmos arranjar tempo para tudo... Às vezes temos de cortar se calhar no sono... não sei... tínhamos de fazer muitos cortes ou fazer muitas coisas ao mesmo tempo. Às vezes se tivéssemos um único dia de descanso que fosse, que são bem raros, um dia que fosse aquele dia que não tínhamos mesmo nada para fazer se calhar passávamos o dia todo de “papo para o ar” porque não havia forças para mais.

3C – Pegando um bocadinho naquilo que o ... estava a dizer e que o ... já tinha começado a falar anteriormente desta questão do tempo para nós. Eu falo pela minha experiência pessoal. O início do meu 3º ano de EC foi um bocado estranho...foi um bocado atribulado porque eu comecei logo com medicina. Toda a gente diz que é um estágio grande, de 3º ano, muito desgastante. Efetivamente é um estágio que pode ser desgastante a nível físico, psicológico e emocional. Consegue ser desgastante e houve muitos fatores que influenciaram nesta altura que foi o próprio conhecer o local de estágio, a primeira reunião de estágio, o primeiro contacto com o serviço, o primeiro contacto com os doentes... isto tudo vai, na minha opinião, teve influência no modo como me senti neste estágio. E lá está, o dia só tem 24 horas, por mais que uma pessoa esteja sujeita a isto, tem de fazer outras coisas na mesma. Eu dei por mim muitas vezes como disse, a cortar no sono, a tomar o pequeno-almoço no carro enquanto ia para estágio porque infelizmente não sou deslocado, tenho de ainda fazer uma viagem de quase 40 minutos todos os dias (ir e vir). Isto já corta bastante tempo e às vezes dava por mim nestas contas, para trás e para a frente, a ver se o meu dia chegava para tudo. Chegava a casa e se calhar tinha de estudar e dormir porque tinha de acordar às 6h da manhã no dia a seguir. Foi muito disto e acho que é muito do que está a ser falado e acho que é muito por causa deste stresse que é mostrado que os estudantes estão a sentir nesta fase.

4E – Eu acho que faz todo o sentido e não há ninguém, nenhum estudante que esteja em EC que não diga que o estágio não é cansativo, exaustivo e desgastante. Vendo na perspetiva de um aluno que não é deslocado (como tu disseste) e não vive aqui a beira do S.João. Imaginemos um estágio de medicina no S.João. Acordar às 6h da manhã, tomasse o pequeno-almoço no autocarro ou no carro, chega-se ao Ensino Clínico faz-se (passo a expressão) “30 por uma linha”, fazemos e desfazemo-nos lá no Ensino Clínico porque verdade seja dita, nós fazemos o trabalho... estamos a desempenhar as funções de um Enfermeiro, a desempenhar a função do auxiliar porque os auxiliares (e isto é a realidade) – num Ensino Clínico há alunos de enfermagem servem para tudo também, para ir buscar o que quer que seja, material e por aí- fazemos o trabalho de se for preciso, registos e mais alguma coisa; cortamos no tempo do almoço e no lanche da manhã porque somos alunos, não sabemos gerir o turno da melhor maneira e temos de fazer trabalho de auxiliar também por isso vamos cortando nessas refeições; saímos de estágio às 3h da tarde, temos os planos para fazer de possivelmente no final do estágio de 2 doentes, portanto, isto corta-nos lá para as 17h da tarde; chegamos a casa temos de estudar as questões que o Professor fez, até mais ou menos á hora do jantar; jantamos (15 minutos mais ou menos); pronto, depois vamos estudar até á meia-noite e depois acordamos às 6h da manhã. Isto é impensável num curso superior acho que é ridículo o nível que nos exigem, para

depois chegarmos no dia a seguir e as perguntas que nos fazem é: “estudaste o que te perguntei no dia anterior?” Se de 10 estudamos 8, as outras duas não deu mais porque temos de dormir também... é logo ali cortar na nota, “já não chegas nem ao 15 porque não estudas aquilo que te digo”. Isto é ridículo e completamente exaustivo. Eu nem sei sequer como é que em muitos dos estágios é normal que as pessoas não aguentem chegar ao final e chegar ao final de um dia completamente exausto. Porque nós realmente fazemos imensa coisa, estamos a aprender imensa coisa e esquecemo-nos também, por exemplo, num 3º ano quem tenha um estágio de Ensino Clínico em meio hospitalar tem um nível de exaustão emocional que é uma coisa mais emocional que física. Uma pessoa que nunca está habituada lidar com a situação de doença e muitas vezes terminal, é um choque de realidade completamente assustador para um aluno de 3º ano conseguir sequer suportar. Muito menos um aluno de 3º ano que no início fazer medicina no início e lidar com isto tudo é muito difícil. E acho que não há por parte da maioria, digamos, porque não há por parte dos professores um apoio neste nível, em nada. Por exemplo, no início se calhar mostrar-nos como gerir estas coisas todas... eu tive Professores que não me ajudaram neste aspeto; tive Professores que realmente me ajudaram e muito a lidar com isto, mas realmente se no início nos dissessem, nos mostrassem algumas vantagens... algumas estratégias de como lidar com isto tudo porque não nos podemos esquecer que somos em EC completamente levados ao extremo e esmiuçados para que todas as competências e chegamos ao final e ninguém diz “pronto, soubeste estas 3, para a próxima vamos saber estas 5”. Não, é: “Porque não sabias isto? Meu Deus, que erro abominável, já és um zero a esquerda”. Depois às vezes os Professores dizem isto e nós sentimos isto de forma indireta que é “oh meu Deus, o meu colega sabia isto tudo porque...sei lá por outros fatores e eu não sabia tudo”. Como é que isto é possível e vamos para casa matutar naquilo e acaba por ser um ciclo vicioso e nunca mais termina. Termina quando o estágio terminar.

3E – Eu acho que há aquela sensação de que nós somos só revoltados e isto é um problema que nós descartamos o problema de nós, mas acho que é mesmo estranho no meu ponto de vista. Como é que numa escola de saúde não se tem sensibilidade para perceber que primeiro as pessoas não são obrigadas a ser deslocadas. Podem não ter condições para isso e as coisas devem ser ajustadas para ir de encontro á pessoa. Eu sei de um caso de uma pessoa que faz 2h de viagem para cá e 2h de viagem para lá. Agora, durante um estágio no S.João, a fazer só manhãs, vamos pensar as horas a que esta pessoa tem de acordar, mais o tempo de chegar a estágio, sair de estágio muitas vezes 2h depois da hora que é a nossa hora de saída e depois ainda fazer o caminho de volta para casa e a rotina que todos nós estivemos aqui a falar. Eu custa-me muito a perceber como é que não há

sensibilidade por parte dos Professores e mesmo por parte dos tutores para perceberem isto, para perceberem que é impossível, é humanamente impossível fazer uma gestão de tempo tão boa que dê para enquadrar. Os tempos de viagem dessa pessoa são 4h da vida perdidos em viagens, em transportes. Mais o tempo de estágio, que tempo (lá está, eu volto a bater no mesmo...) que tempo e qualidade sobram para a pessoa? Depois muito do que a ... disse que é a exigência que nos é pedido. Tudo bem que é óbvio que as coisas, que nós estamos num curso que nos é exigida exigência (passo a redundância), mas tem de haver este bom senso e se estamos numa escola de saúde acho que lá está, o bem-estar não é só dos doentes. Nós temos de estar bem para cuidar bem do outro. É muito esta questão de falta de sensibilidade nestas pequenas coisas que aos olhos dos Professores passam despercebidas.

4A – Essa questão da sensibilidade vai muito ter em conta ao plano de avaliação personalizado porque é assim, essas 2h/dia de uma pessoa se ela só perder essas 2h por dia, se calhar mesmo assim ainda tinha mais tempo de que outra pessoa que está aqui. Porque se eu trabalhar quando sair de estágio não são 2h, são 4h que perco do dia, percebes? Ou seja, eu por acaso também tive colegas de estágio nessa situação e os Professores sempre foram impecáveis com ela, só que é assim... cada aluno também tem uma vida para além do estágio e daí a importância de haver o plano de avaliação individualizado porque aqui nunca há sempre mais ninguém que está mais apertado que o outro. É assim, vocês há um bocado estavam a falar do problema dos que não são deslocados fazerem viagens de 40 minutos. Eu estagiei em Perafita e fazia viagens de 1h30min por dia e sou deslocado. Ou seja, pagava casa, e depois fazia viagens de 1h30 e chegava a casa e ainda tinha de ir cozinhar, lavar a casa e isso porque não tinha ninguém que fizesse por mim. E se calhar, quem não é deslocado, há pessoas que vivem deslocada que têm quem faça isso por eles e há quem não tenha. Ou seja, nunca podemos generalizar. No entanto, concordo plenamente que acho que devia haver ... claro que é assim, estamos aqui a falar de um modelo utópico, mas acho que deveria haver um pouco mais de atenção em cada aluno em concreto e não generalizar muito. “São os estudantes... em qualquer Ensino Clínico olha... estão ali os alunos... estão ali e parece que somos aquele bando de...estamos juntinhos, meios perdidos” e não... somos todas pessoas, cada um é como é e acho que nem que houvesse um pequeno esforço para tentar perceber que as necessidades de cada pessoa são diferentes. Se se conseguisse trabalhar isso se calhar conseguia-se melhorar o rendimento de cada estudante durante o EC. Porque há estudantes que atingem o pico logo no início, há outros que atingem mais a meio, eu acho que se houver um trabalho neste sentido, consegue-se tirar máximo proveito das capacidades do estudante ao longo do Ensino Clínico.

3B – Eu acho que isto parte muito também dos Professores conhecerem quem é que são os estudantes. Nas apresentações o que nós temos é: “cada um diz nome, a idade, de onde é e os EC que já fez”. O Professor não fica a conhecer quase nada de nós. Sabe onde vivemos, idade e os EC, mas acho que seria também importante realmente o Professor dar-se a conhecer e dar-nos a conhecer a nós próprios porque isto que o ... disse seja possível porque isto não é possível se os Professores não conhecerem a nossa realidade. Acho que se calhar era uma estratégia aprofundar mais esta parte da apresentação e isso.

3A – Este ponto é engraçado porque me relembra que quando entrei para o ensino superior, tive um colega mais velho que se virou para mim e disse: “a tua vida agora vai ser três coisas... estudar, dormir ou tempo para ti” e uma delas vai ter de ficar minimizada ao máximo. Portanto estou até um bocado intrigado com a qualidade do sono dos alunos da ESEP, gostava um dia vir a saber isso porque realmente este ano eu não tive qualidade do sono nenhum, garanto. Realmente, para além deste nosso “sermos desdobráveis na nossa vida académica”, quer seja depois na nossa vida como estudante universitário, o pior disso tudo é que, entretanto, é como o ... diz, chegamos aos locais de estágio e somos tratados um bocado como crianças de 14 anos que estão pela 1ª vez a entrar numa sala de aula. O que me custou mais este ano – não sei se a vossa visão do 4º ano é um bocadinho diferente- mas no 3º ano a visão que eu tive foi essa. Foi que realmente eu entrei e não era um aluno do ensino superior, eu era um rapazito de 14 anos que era um “chega-me isto”, não é? “Faz isto... mas sempre aqui á minha beira, ok?”. É realmente um bocadinho, digamos, exaustivo, e leva-nos um bocadinho a estar abatidos quando sou uma pessoa com 20 anos e guardo em mim algumas responsabilidades noutros termos e chego a um local de estágio e já não sirvo. Chego a um local de estágio e se calhar pronto, “vais ter de ficar aqui á minha beira... dá-me a mão por favor”. É realmente complicado e, portanto, compreendo aquela pessoa, aqueles 46% que dizem que se sentem abatidos. Não é fácil gerir isto tudo, não é fácil dividir-nos entre estas três opiniões e depois ainda “darmos o corpo às balas” quando chegamos a estágio. Digam o que disserem eu vou ter de continuar porque temos de dar as horas de estágio, não podemos fugir. Mas realmente é muito exaustivo e compreendo perfeitamente as pessoas que disseram ali “muitíssimo abatido”.

4B – Acho que, e dando se calhar a perspetiva de alguém que está no 4º ano, acho que a partir do momento que estamos no 4º ano, pelo menos das pessoas mais próximas com quem eu falo, nunca ninguém não ouviu a frase “estás quase a ser Enfermeira” e, portanto, deixas de ser o “chega-me isto” para “quase enfermeiro”. E se és quase enfermeiro, se há alguma coisa que não sabes, é absurdo e não faz sentido nenhum como é que tu daqui a 1 ano ou meio ano, ou mesmo agora no

último estágio, como é que não sabes alguma coisa. E eu tenho a certeza absoluta e punha as minhas mãos no fogo em que como se eu perguntar a alguém alguma coisa aleatória a um Enfermeiro, ele também não vai saber. Não é obrigatório nós termos 100% das nossas competências e sermos um supra-sumo da Enfermagem. Isso nunca vai acontecer. E por acaso agora no meu estágio opcional, a minha monografia foi sobre o burnout dos Enfermeiros e é engraçado porque todos os resultados do estudo do Sérgio estão a apontar um bocado mais para o burnout nos estudantes de Enfermagem e são muito compatíveis ao que se revela na prática, quero o cansado físico, emocional, despersonalização, todos eles. Por acaso os resultados que eu na monografia também acabei por me aperceber era que a maioria referia que muito que se sentia abatido, cansado, exausto, que não tinha tempo para si e estamos a falar de Enfermeiros. Portanto, acho que nós começarmos a cultivar uma coisa que vai surgir na nossa profissão, se já começamos a cultivá-la enquanto estudantes, acho que o caminho que temos a percorrer avizinha-se negro, na minha opinião.

3D – Sobre um bocadinho do que a estava a dizer de quando nós não sabemos alguma coisa, o facto do nosso curso também estar dividido todo em teoria e depois prática, leva a que os Professores acreditem que quando se chega a Ensino Clínico, já se sabe tudo, já se deu tudo o que tinha de saber. Por exemplo, no meu caso eu sou péssima a decorar, não decoro, ando com tudo atrás de mim, por isso quando chego a Ensino Clínico é normal que muitas coisa que eu dei e daquelas grandes cadeira que a maioria dos alunos não concorda com a forma como são dadas, mas continuam a ser dadas das mesmas maneiras, que são as cadeiras muito ligadas a medicina e que chega ali e a maioria médicos a despejar matérias que até lhes vão ser úteis um dia mais tarde, mas que estamos ali 3 horas a ouvir um médico a falar como se fossemos médicos também e como se soubéssemos daquilo já desde sempre. Por isso eu acho que também tem muito a ver com a forma como o curso já está dividido. Dá muito a entender quando nós chegamos que já temos de saber tudo e depois acredito que parte muito que há muitas pessoas que percebem de pedagogia e depois temos professores que não percebem nada de pedagogia. Se calhar até têm algumas competências, mas a parte humana que é preciso para saber lidar com adolescentes. Existem pessoas que defendem agora que a adolescência vai até aos 23 anos por isso nós ainda estamos muito numa fase imatura da vida e há professores que não estão tão aptos para saber lidar com alunos. Depois como já foi dito aqui também, nós defendemos todos uma Enfermagem significativa para as pessoas e eu acredito que esta escola ainda não está muito virada para ser significativa para os alunos e isto já tem sido falado com inclusive professores desta escola, que na minha opinião, na perspetiva que eu tenho, para já é que não estão muito interessados em saber a opinião que os alunos têm ou a

satisfação de como é que as coisas estão a correr. Toda a gente acha que está tudo bem porque continuamos a ser a melhor escola do País porque infelizmente a escola não sai do Porto. O facto de estar no Porto por si só, traz uma carga e um peso à escola que na minha opinião, pronto... a minha opinião é que se calhar não é assim tão linear quanto parece ser e é a imagem que passa muito para fora. Há professores inclusive que dizem que nós não temos que divulgar a escola porque os alunos é que nos procuram. E eu acredito que para já os alunos procuram a escola, mas da maneira que eu vejo isto a ir, se calhar deixam de procurar. Porque eu quero ter os alunos a procurarem a escola, mas da maneira que eu vejo isto a ir, se calhar deixam de procurar. Porque eu quero ter 4 anos no ensino superior, quero, mas também quero ter uma vida, quero ser feliz. Eu se soubesse o que sei hoje, garanto que não estava aqui. E o que tem vindo a ser discutido que me segura à escola são as atividades que eu tenho para além da escola em si, pronto. É tudo o que me liga à escola são os meus amigos e são as atividades que eu tenho fora da escola. Por isso, para mim, não está em causa o estar nesta escola e termos o melhor ensino e temos os melhores professores, que eu não duvido das capacidades de certos professores que temos cá, nem do esforço que a escola faz, mas acho que está a faltar mesmo e a Professora se calhar está a perceber a revolta que nós temos em alguns aspetos porque nós não somos ouvidos. Estamos aqui a falar e espero sinceramente que o estudo que o Sérgio está a fazer...

E2 – Compreendam uma coisa... Eu estar interessada nesta área tem obviamente, já no meu mestrado trabalhei estas questões e tem muita a ver com o facto de também ser muito procurada pelos estudantes no limite. E era uma questão que eu gostava de lançar. O que acham que está na base do estudante na primeira semana do Ensino Clínico abandonar o Ensino Clínico?

4E – Pronto... acho que eles vão completar o que tenho a dizer, com certeza absoluta. O que está no limite, acho que esse problema vai de encontro muito ao 3º ano, em certos aspetos. Ao 4º também, mas ao 3º ainda mais porque na primeira semana de estágio quase que dão uma lista, que mais parece uma bíblia, daquilo que temos de saber na primeira semana e é impossível um aluno desenvolver competências de estágio, que tem de ter ao longo do estágio, na primeira semana. Quando depois no final nos dizem que “se houvesse mais semanas chegavas ao excelente”. Então se eu estava excelente na primeira semana porque sabia a lista toda, porque não sou adequado na última. Portanto, é-nos feita uma pressão... e muitas das coisas que já foram ditas que é “a partir de agora vais de estágio para casa, comes, dormes, voltas e estudas”, essa pressão é tão feita nessa primeira semana que aquelas pessoas que como o ... estava a dizer, temos de ter uma coisa mais individualizada porque há pessoas que conseguem lidar com esse tipo de pressão e outras que se

sentem numa encruzilhada e numa situação de desgaste de tal forma que ainda não chegaram ao momento que só de pensar naquilo já estão completamente exaustos e já não conseguem. Achar que já não dá mais e depois se calhar quando tentam (aqueles que tentam) procurar algum tipo de ajuda, não há nenhum. Porque os colegas sentem exatamente o mesmo tipo de desgaste, portanto não conseguem apoiar porque se for para apoiar é para os dois afundarem mais e o Professor foi que aprendeu a lição, portanto não vai dizer depois “estuda metade então”. Não, eu quero conseguir tudo, não está é adequado o que me exigem na primeira semana de estágio. Portanto eu acho que é normal que alguns se calhar não tenham essa capacidade e depois quando procuram desenvolver essas capacidades não conseguem ter ninguém que os oriente nisso. Se calhar não é estar a dizer que está mal o nível de exigência, mas sim estar mal a parte mais pessoal e das capacidades para gerir as emoções, para gerir o nosso tempo, para nós nos sentirmos tão em baixo que falta-nos professores.

4D – Eu queria referir alguns aspetos em relação aos resultados e que também vai de acordo com a pergunta da Professora. É realmente assustador termos perto de 50% dos estudantes a dizerem que se sentem muitíssimo em baixo e a parte de se sentirem exaustos e desgastados. Porque aquilo que acontece quando vamos para um Ensino Clínico, lá está, é a parte do sono que é completamente reduzido, se nós não temos um sono que não é produtivo e que seja regenerador, nós vamos para Ensino Clínico a arrastarmo-nos, literalmente, e, portanto, não conseguimos estar concentrados naquilo que temos para fazer no local de estágio; concentrados naquilo que o Enfermeiro nos diz, no que o Professor nos pergunta. Muitas das vezes até sabemos mas como estamos tão exaustos e inseguros de nós próprios, acabamos por dar aquela resposta um bocado... vou parecer um bocado mal dizer isto porque até nem tenho a certeza porque não consegui ver a fundo e muitas das vezes e faz com que o estudante também se sinta nervoso e incomodado consigo próprio porque gera uma revolta dentro de nós, que é “fogo, não tive tempo para fazer nada, cheguei a casa exausta, não consegui estudar”; porque se estamos exaustos já não conseguimos estudar e fazer com que o nosso estudo seja eficiente e que sirva para alguma coisa. Acaba por influenciar muito no Ensino Clínico. Mas há outro aspeto que eu acho que é fulcral e que eu acho que o problema não é só dos Professores. Acho que muitas das vezes tem a ver com o papel do enfermeiro orientador porque se é um estágio de 10 semanas ou de 5 que seja, mas é mais notório num estágio de 10 semanas. Quando nós temos um Enfermeiro, das duas uma. Nós somos todas pessoas e com personalidades diferentes e nem todas elas encaixam. Eu posso não me encaixar com um Enfermeiro Tutor, mas no entanto ele é bom Enfermeiro, tem boas práticas e apesar das nossas personalidades não coincidirem, eu vejo nele um Enfermeiro. Depois há o oposto. Que é quando nós ficamos com enfermeiros tutores que

infelizmente, e passo a expressão, não sei como é que eles são enfermeiros. Como é que nós estamos num EC e assistimos a certas e determinadas de um enfermeiro que é suposto nós seguirmos os passos dele e vemos como é ser um Enfermeiro porque é o nosso enfermeiro orientador. Vamos passar com ele o estágio todo, portanto se calhar muita da nossa prática vai advir da prática dele e como é que nós estamos num Ensino Clínico para aprender e vemos pratica de enfermeiros que aquilo não é prática de enfermagem e isso sim, acho que faz com que o estudante se sinta em baixo e abatido. Isto por experiência própria porque infelizmente também tive um estágio um bocado controverso e não desisti na primeira semana porque pensei “eu quero acabar o meu curso e os meus pais não me vão pagar 1 ano de propinas para eu fazer 10 semanas de um estágio”. Infelizmente a enfermeira em questão não era uma enfermeira... para mim não era, porque não prestava cuidados humanizados e isso influencia muito porque posso dizer que foram as 10 semanas mais penosas da minha vida, porque eu ia para estágio completamente contrariada. Não me dava para estudar, quando dava, estava a estudar contrariada porque sabia que aquilo que eu estudava, nada ia ser executado ou feito. E como há um bocado foi falado que quando nós fazemos uma coisa de bem nunca ser valorizado, bastava só preparar o material que estava a ser desvalorizada. Isso influencia muito nos resultados e acho que estes resultados tão altos de “sentir-se em baixo e desgastados” acho que tem a ver muitas vezes com o Enfermeiro Tutor a que ficamos em tutoria, alocados. E acho que por parte dos professores também não há uma sensibilidade para perceber se efetivamente quando vê que um aluno não está a ser rentável em estágio, o que ali se está a passar. Se é com o Professor, se é com o enfermeiro Tutor, se é alguma coisa que seja pessoal (mas o aluno não quiser falar tudo ótimo), mas se é com o enfermeiro tutor acho que ainda não há uma abertura suficiente entre o aluno e o Professor para falar do tutor. Acho que isso é um aspeto que devia ser valorizado e mais direcionado para o estudante porque nem todos os estudantes têm; nem todos os locais são perfeitos, nem todos os enfermeiros são perfeitos e uma coisa é a personalidade não se identificar, paciência, também vamos trabalhar com colegas com quem não nos identificamos e são enfermeiros e são ótimos enfermeiros. Agora a personalidade não cruza, tudo ótimo, mas quando são enfermeiros que efetivamente não têm uma boa prática de enfermagem e nós olhamos para aquilo e dizemos “nunca na vida quero ser um enfermeiro assim” e vai ser o meu enfermeiro durante 10 semanas. Acho que isso influencia muito tanto a autoestima, mas também o bem-estar psicológico. Acabamos por nos sentir demasiado em baixo e saber que temos de fazer o estágio porque sem ele não acabo o curso e não queremos colocar um encargo maior nos nossos pais ou que seja um estudante trabalhador para pagar propinas para voltar a

realizar um Ensino Clínico, muitas das vezes faz com que os alunos sintam isso. E pronto, acho que havia de haver uma sensibilidade por parte dos professores para perceber se a relação entre o enfermeiro e o aluno se efetivamente também está a ser efetiva ou os professores avaliarem melhor os enfermeiros tutores que vão ficar alocados. Porque muitas das vezes é um dos fatores que faz com que os estudantes se sintam desgastados e em baixo. Não tendo um sono produtivo e indo para estágio contrariados acho que influencia muito a autoestima e o nosso nível de vida.

E1 – Diz-me só uma coisa ..., tenho uma pergunta para ti. Quando aconteceu isso que até foi contigo de não te estares a sentir bem... sentiste que podias ter alguma solução em relação a isso, que podias ir ter com o professor e falar, podias ir ter com outra pessoa ou (como hei-de dizer) conformaste-te? Tentaste alguma coisa? Tentaste com quem? Ou simplesmente conformaste-te e se te conformaste com a situação porquê que o fizeste?

4D – Na altura primeiramente foi recorrer aos colegas que estavam comigo em estágio, que a maioria eram meus amigos e eram chegados. Uma pessoa ia desabafando, só que, entretanto, chegou uma altura em que dissemos “pronto, se calhar vamos falar com a professora”. Não tão diretamente, mas subtilmente. A questão é que quando nós iniciamos os assuntos, nós percebemos que a Professora gostava da Enfermeira e achava que ela era uma ótima Enfermeira, quando todas nós tínhamos a perceção porque por acaso rodou o grupo de estágio e ficou pelo menos uma vez com ela e toda a gente percebeu efetivamente que não, enquanto profissional de saúde não era. Achamos que era efetivamente um caso para se reportar, mas quando percebemos que não ia dar para falar com o professor porque a professora gostava dela e achava que ela era ótima enfermeira, aí fica sempre a posição do estudante que é “o que vamos fazer? Somos meros estudantes... fazer queixa não vai servir de nada porque por parte da professora não há um apoio”. Nós somos estudantes e das duas uma: fazemos uma queixa e reprovamos a estágio ou então vamos ter de nos conformar com a situação. Muitas das vezes não há essa abertura e acho sinceramente que devia haver porque o próximo grupo de estágio iria ficar com ela como tutora e iria sofrer as 10 semanas mais penosas da sua vida. Mas acho que por parte dos professores não está a haver uma grande abertura nesse aspeto para que os estudantes possam ir relatar aquilo que se passa. E muitas das vezes quando se põe esse assunto na mesa, o estudante acaba por ser descredibilizado porque não é isso que ouve da enfermeira, porque acho que ela é uma boa profissional e pronto, a nossa opinião, como é de estudante, acaba por ser não ser realçada e valorizada.

3A – Eu só queria reforçar um ponto da Acho que a expressão que mais ouvi este ano foi “nós estamos aqui como convidados” e era isso que até gostava que ficasse gravado. E portanto isso custa

um bocadinho a engolir. Para além disso, é realmente esta posição de estarmos aqui como convidados. Ou seja, para além de já estarmos a ser desvalorizados por sermos estudantes e por sermos pequeninos, também estamos a ser desvalorizados como “nós aqui temos de nos a ver com as coisas”. E, portanto, uma coisa que também não me esqueço é que no final de um estágio de um EC nós supostamente iríamos dirigir algumas palavras á equipa técnica e fomos vetados a dizer o que pensávamos sobre o EC e sobre aquela ala. E quando eu digo vetados, digo vetados seriamente do género: “não, vocês têm de mudar esse discurso que vão apresentar”. Portanto compreendo perfeitamente o que a ... estava a dizer que realmente torna-se um bocadinho difícil arranjar soluções quando nós no meio disto tudo somos um simples peão que não temos muito onde nos agarrar e acabamos por nos agarrar, como disseste, a 10 semanas penosas e o que realmente queremos é que passe rápido.

3E – É muito grave a partir do momento em que temos alguém (não importa quem) a dizer-nos:

“vocês vão pensar no discurso que vão fazer, vão-mo trazer para eu ver se está de acordo com o que é suposto vocês dizerem”. Porque lá está, nós somos convidados... não é suposto porque que eu saiba isso está contemplado nos estatutos do enfermeiro, que é, cabe ao enfermeiro também a parte do ensino. O enfermeiro tem também de ensinar, tem de dar formação. Por muito que sejamos convidados, não importa. Nós também temos direito a opinar sobre aquilo que realmente foi o nosso ponto de vista, a nossa visão sobre aquele serviço onde nós estivemos inseridos. E eu acho que isso é uma coisa que falha mesmo muito e ouvirmos coisas do género nós tentamos falar com o professor e dizemos “professor, não está a funcionar com este enfermeiro ou este enfermeiro teve determinada prática que no meu ponto de vista não foi correto, ou teve determinada atitude para comigo ou pior ainda teve uma determinada atitude para com um doente”. E nós dizemos isto e o professor diz-nos alguma coisa do género “pronto, já sabes que esse enfermeiro tem um feitio um bocado mais particular, mas tenta ir com calma com ele”. Não tenho de tentar ir com calma com ele... tem de haver uma adequação tanto do enfermeiro como minha. Tem de haver um equilíbrio. Se não houver um equilíbrio de ambas as partes, as coisas não vão funcionar. Eu não tenho de “sujeitar-me” aquilo que é o feitio do enfermeiro porque realmente nós somos todos diferentes é óbvio...

3E – ... e todos temos dias maus e é óbvio que posso lá chegar um dia e o enfermeiro ter uma má resposta para mim ou ter determinada atitude com um doente porque somos humanos e acontece. Temos dias bons e dia maus, mas quando isto se torna sistemático e nós temos uma abordagem ou melhor nós falamos diretamente com o professor para que ele tente ter uma abordagem com o enfermeiro e nos dizem que não dá porque, lá está, nós somos convidados, “tenta ir de bem com ele

porque já sabemos que ele tem um feitio muito particular”. Do meu ponto de vista, acho que isso não promove em nada boas práticas e o bom ensino, muito sinceramente.

4B – Por acaso o que o ... estava a dizer da expressão que mais ouviu foi “somos convidados”. Eu estava a espera para falar porque ia dizer exatamente a mesma coisa porque e acho que ainda há mais no 4º ano e isto é também um bocado da minha experiência pessoal. Acho que me comecei a cansar um bocadinho de nós termos de ser convidados termos de nos subjugarmos a determinadas coisas, então no 4º ano acho que me tornei um bocadinho ainda mais intolerante a determinadas coisas e determinadas formas de tratamento (digamos assim). Mas se somos convidados para lidarmos com o mau, então também temos de ser convidados para lidarmos com o bom. E nós normalmente quando alguém é convidado nalgum lugar (pelo menos eu acho que é um bocado assim), se nós somos convidados a estar num lugar, devemos receber o melhor tratamento nesse lugar. Da mesma forma que a escola recebe um congresso aqui; tudo bem, eles são convidados, eles é que precisam do espaço mas a escola também tem de os saber receber. Acho que isso por parte dos professores e em várias vezes em estágio – mais no 3º ano – em que tínhamos de alterar os relatórios finais de avaliação porque, lá está, não era conveniente nós dizermos determinadas coisas porque aí corríamos o risco de se calhar de que no próximo ano o local de estágio deixaria de existir. Isto acaba por perpetuar as más experiências de uns anos para os outros porque estamos dependentes daquele local de estágio e nós temos de nos sujeitar. Acho que esta mentalidade de querermos criar pessoas submissas porque é um bocado nisso que vamos enraizando nas pessoas e que não tem mal ser-se submisso, acho que isso se torna um bocadinho cansativo e depois para pessoas que vão um bocado contra isso, acabam por sair prejudicadas porque são muito raros os alunos que primeiro têm o á vontade de chegar a frente e falar e em segundo quando falam uma vez e não resulta, têm a coragem de falar a segunda. Porque a partir do momento em que falam a segunda, se calhar já deixamos de ser convidados. Se calhar vais reprovar e aí já não reclamas mais. Acho que as coisas têm de aí sofrer um bocadinho de alterações e acho também que a parte dos enfermeiros tutores porque acabam por estar mais tempo connosco. Mas os professores, se são nossos professores e são escolhidos para nos orientar em estágio, se são professores para nos fazerem perguntas, são nossos professores para nos orientar noutro reverso da moeda. Tem mesmo de ser uma coisa repensada, muito repensada.

4D – O problema também está quando o estudante tenta reportar aquelas situações ao professor e ouvimos isto do sermos convidados, e que nós vemos práticas menos boas dos enfermeiros daquele local onde estamos e como somos convidados e levem isso da melhor forma. O problema está

quando esse local deixa de ser um local de estágio porque efetivamente houve negligência de um enfermeiro. Quando se calhar foi preciso haver a negligência daquele enfermeiro para que os alunos deixassem de ir para lá. Quando anteriormente a essa negligência continuava porque foi reportada, no entanto só quando houve um caso mais grave é que esse local deixou de ser um local de estágio e passou para não ser nada e os alunos foram alocados a outro local de estágio. Acho que isso acaba também por ser a desvalorização da palavra de um estudante. Andamos a reportar estas situações se calhar desde Setembro, que é desde que tem alunos e é preciso chegar a Maio, acontecer uma coisa mais drástica e que os alunos estavam a prever que ia acontecer, para que deixasse de ser um local e para que finalmente alguém acreditasse e pensasse “os alunos até tinham alguma razão”. No entanto tiveram de se sujeitar a este tipo de negligências. E lá está, acho que os professores não nos ouvirem, não valorizarem a nossa opinião porque acham que são estudantes ou não querem estudar e só querem boa vida ou etc. acaba por influenciar muito depois o nosso desempenho em estágio, a forma como nos sentimos. E pronto, só queria reportar isto porque efetivamente um estudante até pode fazer queixa e ir tentando que as coisas melhorem, mas só quando acontece uma situação mesmo drástica é que as coisas passam a outros modos. Acho que a valorização da opinião de um estudante está em falta na nossa escola.

3B – Era só porque a ... falou de que os Professores têm de lá estar para nos ajudar e eu lembro-me de uma situação que se passou comigo. Ninguém aqui quer o professor seja nosso amigo, mas tem de ser alguém que quando a gente está num momento em estágio, seja capaz de nos dar a volta e ajudar a crescer com isso. Tem a ver também com o regime de tutoria, foi no primeiro momento do meu EC que não estava a correr muito bem, a relação com a tutora também não estava a ser muito produtiva, ect. e a professora reparou. Vamos só pensar na forma como ela quis introduzir o tema foi “então Andreia, costuma sorrir em casa?”. Vamos pensar... foi comigo e eu até consigo lidar com esta situação e sou uma pessoa que se considera saudável, etc. e com bem-estar físico e psicológico. Agora vamos olhar para aqueles números. Se fosse com outra pessoa a dizer isto, claro que ia desistir na primeira semana de estágio. Isto aqui só para realçar o papel do professor, que é um papel que se se for bem concretizado tem um potencial imenso, se não for depois temos aqui estes resultados. Era só para partilhar essa experiência.

E1 – Já passamos pelas perguntas todas. A seguir vem outro aspeto que vocês foram falando: o sono. Mostram-se todos interessados neste tema e também vem de acordo com o estudo da professora E2 que dentro de tudo que vos vou mostrar, insere-se na parte do FANTASTICO.

(Explicitados diferentes domínios do questionário FANTASTICO e apresentação dos resultados referentes ao domínio sono/stress)

Porque há estes resultados? O que está mal porque está mal e o que está bem, porque está assim? Gostava de perceber a vossa opinião sobre isso. As perguntas vêm no mesmo âmbito: Qual a opinião em relação aos dados obtidos? O que sugeriam? Qual o papel do supervisor/professor nesta área?

E2 – E podemos falar até da própria estrutura. A vantagem também do grupo de hoje, desta discussão é que nós estamos a fazer 10 anos deste currículo e, portanto, é um momento de reformularmos o currículo e há uma oportunidade de mudança, não é?

4A – Eu por acaso acho que a estrutura dos dois anos teóricos, apesar de muita gente não concordar, acho que é ótima. Permite-nos integrar muito bem os conhecimentos e ganhar maturidade e depois sim ir para o Ensino Clínico, para o campo. Quanto a esta questão do sono, eu acho que o que devia acontecer é precisamente o contrário do que a Ordem acabou por sugerir. Não foi bem uma sugestão, mas acabou por decretar neste último ano. Eu acho que para uma pessoa que está a desenvolver competências para uma área profissional, isto não se trata em número de horas em hospital, mas sim a aproveitar a melhor forma. Até porque nós não temos trabalho só no hospital. Temos muito trabalho fora do hospital e fazer meio turno não faz sentido porque temos de planejar, conseguir executar os nossos cuidados durante um turno, por isso fazer meios turnos não faz muito sentido. Então aí devia haver uma redução horária para que nós conseguíssemos ter ainda uma melhor gestão de tempo para conseguirmos adquirir conhecimentos e aplica-los na prática porque o que muitos de nós acabamos sempre por dizer é que não temos tempo para fazer 7 horas de turno e ainda ir estudar e fazer trabalhos que existam. Porque muitas vezes existem muitos trabalhos associados ao EC por isso acho que deveria haver uma melhor distribuição a nível de carga horária que cada EC tem. Porque enfermagem já não é propriamente um curso ao estilo de Bolonha, mas se nós estamos integrados no Bolonha então tentar fazer um melhor aproveitamento das horas que Bolonha quer que a gente tenha de estudo e de estágio. Porque – eu não sei que alterações é que a escola vai fazer – mas se para o ano a carga horário do EC vai ser maior, isso preocupa-me. E foi a Ordem que impos, lá está. Eu aqui nem estou a falar só da ESEP. Estou só a dizer que o nível geral, mesmo até para estes próprios resultados, preocupa-me. Porque se mantivermos os modelos tal e qual como estão e mesmo assim aumentarmos a carga horária, então estes resultados vão disparar de uma forma altíssima. Se assim já estamos ali mesmo no limite, então aqui vai haver pessoas que se calhar vão mesmo ficar saturadas e vão ficar muito mal com a questão do tempo.

4B – Eu acho que o que, pelo menos a mim o que me preocupa não é o aumento das 65h que vão sofrer no próximo ano. Acho que vai ser e espero estar enganada, mas acho que aumenta o número de horas mas não aumenta a preocupação do professor perante o aumento deste número de horas ou a sensibilidade que o professor vai ter ou não. Porque se já não tem agora, sendo mais horas, será mais stress para o aluno porque há uma maior carga de trabalho. Acho que o que é preocupante não é propriamente esse aumento, é o acompanhamento que vai se fazer ao aluno perante o aumento que é feito. E depois achei curioso nos resultados que as percentagens das pessoas que às vezes dormem bem também são as que às vezes são capazes de gerir o stress. Não literalmente as mesmas pessoas, mas a mesma percentagem. Para mim é um bocadinho mais preocupante o “às vezes” do que uma percentagem de “quase sempre”. Porque “às vezes” eu respondo quando é maioritariamente que não e há uma ou outra que até consigo. E o dormir bem pode ser ao sábado. Eu acho que isso é também um bocado preocupante porque uma coisa leva a outra. Nós quanto mais cansados estivermos e acabamos por chegar a um nível de exaustão, claro que não vamos ser capazes de ter a mesma tolerância para situações até de stress ou capazes de gerir essas situações da mesma forma. E são percentagens que apesar de serem se calhar até do “durmo bem” estar 46% quase nunca, mas o “às vezes” preocupa-me um bocadinho mais.

4E – Eu acho que é exatamente o que foi dito. O “às vezes” é dormir bem ao Sábado. É exatamente assim. Eu lembro-me de preencher esta pergunta e pensei desta forma. Às vezes durmo bem ao Sábado, portanto é “às vezes” e o “sei gerir o stress do meu dia” é eu estou quase a “entupir” em estágio, mas chego a escola e vou ter com a minha amiga e descarrego, estou a gerir muito bem o meu stress. Acho que isto não tem sentido nenhum de sequer ser lógico porque como é que nós estamos num EC e só queremos como o ... disse aproveitar o máximo de horas possível, não em termo de número, mas em termos de aproveitamento em cada hora daquilo que conseguimos aprender, e temos de estar preocupados em levar com não sei quantas coisas (digamos assim) e estar a gerir esse stress para dentro porque nunca podemos dizer nada, chegar aqui a escola e explodir porque não se pode dizer nada em campo de estágio. Não se pode falar com ninguém porque senão o item da avaliação de gerir as emoções e gerir o stress é negativo. O gerir as emoções e gerir o stress como objetivo de estágio no final só é “bom” porque “muito bom” nunca é; só é “bom” quando nunca dizemos nada, sorrimos e acenamos e continuamos o nosso dia e o nosso turno como se nada se tivesse passado. Por isso eu percebo perfeitamente porque toda a gente diz “às vezes”. É por isto.

4C – Eu sou um bocado diferente nisto porque eu desde o início dos ensinamentos clínicos vi que tinha de fazer uma escolha: continuar a ser uma pessoa ou não dava. E eu sempre escolhi ser uma pessoa e há coisas que eu nunca consigo dispensar que é dormir bem e comer. Chateia-me um bocado eu ter feito uma escolha porque se eu não dormir não consigo fazer nada, não consigo ser eficaz em nada e ao fazer isto sei que não consigo ter o rendimento que queria ao longo destes 4 anos porque olha para as classificações que tive e para aquilo que consegui aprender. Não era aquilo que eu queria, mas se eu tivesse despendido de mais tempo, deixasse de ser uma pessoa, não ia dar. Eu tentei fazer um equilíbrio, mas mesmo assim acho que não dá para haver um equilíbrio porque quando nós deixamos de dormir menos para tentar estudar mais ou para tentar fazer aquilo que é suposto fazer em estágio, comigo não dá. Não há rendimento, ou seja, vai correr sempre tudo mal. É a questão a que chego.

4D – Isto do dormir é muito mais notório no 3º ano que é quando... eu por exemplo, que comecei por medicina que por si só é um estágio pesado e a carga horária também é. Eu lembro-me de ir aos fins-de-semana a casa e chegar a casa, pousava as coisas numa cadeira, a minha mãe a cozinhar e a falar para mim, eu sentada na cadeira. Eu dava por mim a adormecer em qualquer sítio que parasse. E acho que isso se nota muito, principalmente no 3º ano porque levantámo-nos cedo para ir para estágio, saímos de estágio e estudamos. Muitas das vezes esquecemo-nos de comer (é horrível) e muitas das vezes queremos dormir, mas sabemos que se formos dormir não vamos ter um bom desempenho em estágio amanhã porque temos quinhentas coisas para estudar e isso deixa-nos exaustos e faz com que também a nossa qualidade de sono não seja produtiva. Lembro-me disto porque depois, mesmo em casa, também em casa acaba por afetar-nos. Se vamos a casa para estar com a família que não estamos durante a semana, chegarmos a casa e adormecermos em qualquer canto da casa, acaba também por não nos sentirmos satisfeitos/realizados quando vamos a casa. Se vamos lá para dormir, mas valia não ter ido. Isso acaba por influenciar porque efetivamente o cansaço faz com que mesmo o sono não seja reparador. Vamos dormir e já estamos a pensar no que temos de fazer amanhã, naquilo que o Professor nos pode perguntar, naquilo que não estudamos e não conseguimos estudar hoje, nas coisas que devemos fazer amanhã. Muitas vezes acabamos por “dormir acordados”, ou seja, é um sono sobressaltado e daí os resultados de “às vezes durmo bem”. Quando estou completamente predada de sono eu durmo bem. Se não durmo durante a semana... daí esses resultados e acho que é perceptível isso.

3E – Eu acho que também é muito de, pegando um bocadinho nas questões das atividades extracurriculares que estávamos a falar há pouco, acho que e pegando um bocadinho no que a Inês

disse que foi “há momentos em que fazemos escolhas”. Se calhar de uma maneira muito errada, mas fazemo-lo que é abdicarmos de horas de sono para conseguirmos estar nas coisas. E eu contra mim falo. Sei que há situações em que eu quero estar naquilo, eu sinto que é uma coisa que eu preciso e claro que eu posso dizer que não vou e se calhar consigo organizar-me muito bem, comer, estudar e dormir, mas faltam-me coisas... coisas que eu preciso. E lá está, depois se calhar fazendo isto de uma maneira um bocadinho errada que é abdicamos... qual é a forma mais fácil de ter tempo: é reduzir ao sono. Então tiramos no sono para conseguirmos fazer tudo. Acabamos a fazer o quê? A não sermos bons em nada. Fazemos muito isso porque quem não descansa não vai conseguir ter aproveitamento em nada, mas pronto, são escolhas que acabamos por fazer erradamente, mas que sentimos que é necessário para conseguirmos responder a tudo que para nós é importante.

E1- Está quase a acabar. Só tem mais umas perguntas que é relativo a uma área, que também vocês foram falando que é “Trabalho/tipo de personalidade”. (APRESENTAÇÃO DAS ESTATÍSTICAS).

E2 – Se me permitissem, antes de passarmos á discussão desta. No anterior falamos da questão do sono e do stresse e portanto o trabalho de Sérgio centra-se no 3º e 4º ano, mas nós relativamente ao estilo de vida fantástico passamos ao 1º,2º,3º e 4º e uma das questões que me preocuparam foi nomeadamente a questão do tabaco. Sabemos que quando se entra na faculdade normalmente inicia-se o consumo de tabaco, mas há aqui um aumento exponencial no 3º ano. Isto foi avaliado em Janeiro. Aumenta o nº de cigarros que fumo por dia (acima de 10) e o ter iniciado o consumo neste último ano. Portanto também pode ser o aumento na passagem do 2º para o 3º e não ser especificamente no 3º. Eu também gostava de vos ouvir. Vamos fazer um estudo longitudinal e vamos ter noção do que acontece com o grupo.

4D – Por experiência própria acho que o facto de haver um maior stresse faz com que se aumente a quantidade de tabaco que se consome. Não é sempre porque lá está, devido aos diferentes Ensinos Clínicos. Uns exigem mais de nós e fazem com que nós nos sintamos mais stressados do que outros, e o aumento do consumo do tabaco nota-se mais naqueles âmbitos em que nós andamos mais stressados. Isso varia também de pessoa para pessoa e acho que o facto de fumar ou não e de aumentar o consumo muitas das vezes tem a ver com a gestão do stresse e para aliviar. Acaba por ser um vício um pouco psicológico e o facto de se aumentar a quantidade tem muito a ver com aquilo que se está a viver naquela altura. Por exemplo, eu aumentei num Ensino Clínico e reduzi num próximo Ensino Clínico.

E2 – Isso também se nota. Há uma diminuição do 3º para o 4º. Fumam menos cigarros e menos alunos, ou seja, deixaram de fumar.

4D – Eu acho que isso tem muito a ver com o ir para um EC e isso despoletar em nós um maior stresse faz com que nós aumentemos o nosso consumo de tabaco e se calhar quando passamos a gerir melhor o nosso stresse, lá está, isso volta a diminuir o consumo. E isso tem muito a ver com a forma como lidamos com os EC porque varia.

3A – Eu falo por experiência própria. Fiz medicina no S.João no 3º momento, penso eu e eu não fumava de manhã até porque ia para a beira dos doentes, mas no caminho do S.João para a escola era capaz de fumar 3 cigarros seguidos. Portanto, qual é a razão? Para além das horas que são, como é óbvio, havia uma única forma de libertar. Se nós não podemos realmente resmungar com o Professor e com o tutor, vamos ter de nos agarrar a qualquer coisa. Para além disso, a minha visão generalista da coisa, concordo plenamente com a Depois há um consumo automático e quase proporcional ao nível de stresse que vamos tendo ao longo dos EC, mas realmente aquilo que vejo em medicina é que os colegas antes de deslocarem para os locais é certinho. Eu faço sempre a questão de vir aqui de manhã até porque apanho boleia do meu pai e são raros aqueles que eu não apanho a fumar logo de manhã. E sei de pessoas que, de conhecimento próprio, começaram a fumar em estágios como este. Por uma razão muito simples. Realmente é quase... não estamos aqui a desculpar, mas é muito complicado gerir todo este stresse, não é? E refutando um bocadinho todas as perguntas anteriores... se chegamos a casa e estamos cansados e não temos tempo, pelo menos na minha funciona assim... tens de cortar às atividades, não vais cortar ao estágio, como é óbvio... e, portanto, sempre sofri um bocadinho com isto. E tenho conhecimento de pessoas que fizeram exatamente a mesma coisa. Acho que este consumo é gradual, acentuado em determinados estágios, devido aos parâmetros que já conhecemos.

4A – Só para não dar os 100%, eu não vejo as coisas assim, mas lá está é pessoalmente. Eu fumo porque gosto de fumar. Porque sou viciado. Gosto deste vício, porque eu já estou a deixar de fumar desde o 1º ano porque coincidiu quando vim para o Porto, decidi que ia deixar de fumar e foi sem sucesso. Consegui estar 6 meses sem fumar, precisamente nos estágios de cirurgia e medicina que foram os estágios mais difíceis, e daí dou por mim muitas vezes a debater sobre a relação direta que o stresse tem com a vontade fumar ou com o fumar. Porque eu vontade tive muita durante os 6 meses só que sentia-me bem e a dada altura já não sentia necessidade de fumar um cigarro. O mais engraçado é que voltei a fumar no meu estágio de comunidade, que supostamente é um dos

estágios mais tranquilos do 3º ano. Coincidiu com o tempo de queima e do ENEE, por isso acho que associo mais a isso do que ao estágio, mas nesse estágio como eu estava com uma colega com que eu estava muito, eu não conseguia estar com ela a trabalhar onde quer que fosse e ela a fazer sempre pausas para fumar e eu a dada altura disse “chega-me lá um”. Chegou um, chegou dois e a dada altura já estava a fumar como antes. Acho que sim o fumar ajuda a aliviar um pouco o stresse, mas pronto, também isso muitas vezes tem outros fatores que não são causa direta desse aumento de fumar. Depois é assim... se eu estou num campo de estágio em que a estratégia mais eficaz do meu colega para gerir o stresse é fumar tabaco e eu por acaso até fumo, eu vou fumar mais porque vou fumar com ele. E nós vamos fumar quando eu quiser e quando ele quiser. Uma coisa é se calhar eu controlar a minha vontade, outra é controlar a minha e do outro porque quando vai um, vai o outro também. Às vezes não é só o estágio, mas claro que em algum ponto haverá uma relação com o stresse e aumento de tabaco consumido.

3C – Eu partilho muito da opinião que o ... acabou de dar. Eu sinto muito que este ano principalmente, o 3º ano, eu fumei muito mais que no 1º e 2º ano. E não consigo estabelecer uma relação disto com os estágios em si. Acho que foi um aumento gradual e se um dia estava mais stressado fumava mais; outro dia se estivesse menos stressado, fumava menos, mas também há dias que tenho mais coisas a fazer. Até posso estar stressado, mas tenho mais a fazer, nem me lembro. Não fumo tanto. Outras vezes nem tenho nada para fazer, está alguém comigo e quer fumar e é o que o ... disse não é um que vai, são os dois e vão quando os dois quiserem. Acho que isso teve muita parte no consumo de tabaco neste 3º ano.

4E – Eu acho que... acredito... eu não fumo, mas acredito no que vocês dizem que é que não relacionam diretamente com o stresse, mas eu concordo plenamente com o que o ... disse. São duas faces da mesma moeda... o stresse e o tabaco. E quem não fuma ou rói as unhas, como é o meu caso constantemente, ou come. Cada um gere o stresse dessa forma, com esses vícios. Acho que nós queremos acreditar que não temos esses vícios por causa do stresse porque faz-nos, pelo menos a mim, sei perfeitamente que roo as unhas por causa do stresse, mas não quero acreditar porque eu quero deixar isto e o stresse vai continuar na minha vida e eu sei disso. Portanto eu quero acreditar que vou deixar, quero acreditar nisso. Mas nós constantemente somos levados a achar que não é o stresse que nos faz isso e é um erro da nossa parte.

E2 – Precisávamos era de desenvolver outras estratégias de gerir o stresse porque outro dado que isto mostrou entre o 1º e o 4º ano foi o aumento de peso.

4E – Exatamente. Eu acho que nós queremos acreditar que não, não é o stresse até porque vai ser sempre uma constante e nós somos muito fortes e vamos deixar-nos desses vícios.

E2 – É uma coisa que era esperado é que a questão do álcool fosse muito mais presente por causa das festas académicas e a conclusão que tiro é que o consumo de álcool não aumenta assim muito no ensino superior porque o consumo de álcool já vem de trás, dos 14, 15 anos. Não há grande aumento agora no ensino superior. Agora na questão da nutrição e consumo de tabaco há relativamente uma diferença. O tipo de alimentos que se come muda radicalmente. E que não tem só a ver com o estar deslocado ou não. Tem a ver com a procura de alimentos doces, gordurentas, para compensar. A cafeína também surge.

4D – Quando estamos stressados sentimo-nos desolados e atraídos por todos os lados porque queremos alguma coisa que nos faça sentir bem. E o estágio foi tão mau que ao menos nós vamos comer uma pizza, um hamburger...

3E – Eu por acaso acho que é isso e o café. Deve haver um estudo muito interessante sobre a influência do café na vida de um enfermeiro. É uma coisa em que nos refugiamos imenso, quanto mais não seja para... acho que é uma coisa que acontece muito... ter aquele momento nosso ou com o nosso colega de ir para a pausa do café. É aquele momento de desanuviar das horas de estágio que estamos a ter, ou do que for. Acho que é mais um vício que serve muito também como um refúgio.

4E – Estava aqui a dizer que não é o ato de beber o café porque sabemos que vamos demorar e nesse momento não estamos noutro sítio. Eu acho que é mais isso.

E1 – Em relação às 3 perguntas, não sei se têm alguma coisa a dizer...

4B – Acho que o resultado particularmente da pergunta do “sinto-me aborrecido e/ou agressivo”, o facto de nós termos quase 50% das pessoas a responder “às vezes” vai de encontro com o que já fomos falando de que o nosso bem-estar acaba por ser afetado e nós, quer com o stress, quer com tudo o que temos a influenciar, acabamos por deixar de ser um bocadinho nós próprios e isso reflete-se na relação com os outros. Por exemplo, estamos muito cansados e até queremos ir sair, mas não vamos lá estar da mesma forma que estaríamos se estivéssemos completamente descansados e sem preocupações. Acabamos depois se já vimos com uma frustração acumulada de estágio – pelo menos eu sou assim – às vezes até tenho um bocado de pena dela porque acaba por levar com tudo o que eu queria dizer ao meu tutor ou ao meu Professor ou até aquela pessoa que estava no estágio e estava ali a mexer comigo. As pessoas com quem nos damos ou que acabam por surgir... É uma situação aleatória e é interessante vermos que a nossa personalidade acaba por ser

afetada por um fator que devia ser uma coisa que nos deixa feliz pois estamos num curso que supostamente é aquilo que nos queremos fazer e tudo mais e acaba por ser precisamente o contrário, acabamos por ter só resultados negativos e acaba por nos afetar em todos os outros campos e o que o que nós esperaríamos que estivessem estáveis e seguros para nos ajudarem. Portanto acabamos por um bocadinho por nada ajuda nada. Não estamos bem connosco, depois vamos para o estágio e o estágio não corre bem, ficamos pior connosco e isto faz uma bola de neve até que, pronto estamos na situação em que estamos, numa sala a reclamar de uma situação. Acho que é uma coisa a ter em atenção.

4D – Eu acho quem em relação ao facto de “sinto-me aborrecido e/ou agressivo” é um bocadinho do que a ... diz, mas acho que isso também tem a ver com todos os fatores que vamos falando anteriormente tanto o sono como a alimentação. Se nós não dormirmos bem não vamos estar com uma grande paciência para tudo e muitas vezes isso reflete-se quando nós saímos de estágio, dormimos mal na noite anterior, o estágio correu mal, saímos e encontramos um colega e a parte da agressividade muitas das vezes não é o nós querermos ser agressivos mas é o sentirmo-nos agressivos da maneira como falamos ou a própria pessoa que está à nossa frente sente que estamos a ser agressivos quando não estamos a sentir isso ou não queremos ser agressivos, porque o cansaço é tanto e a acumulação da frustração e de todos os outros parâmetros acaba por fazer com que a nossa personalidade se altere e acho que esse parâmetro é de realçar porque são quase 50% que responde o “às vezes” para não responder que sim. Acho que é mesmo o facto de nós nos sentirmos acelerados e atarefados e com tudo mais, muitas das vezes chega uma pessoa á nossa frente e nos respondemos “com sete pedras na mão” e nem sequer é o nosso objetivo, mas estamos tão cansados ou o conjunto de fatores que acaba por se refletir na nossa personalidade e muitas vezes não é isso que queremos e somos agressivos e vamo-nos aborrecer a seguir. Não é costume sermos assim e ver que alguma coisa está a influenciar a nossa personalidade e os nossos hábitos e a nossa maneira de ser com os outros acaba por influenciar em demasia e nosso estilo de vida.

E1 – Alguém quer comentar mais?

3D - No meio de tantas perguntas em que as pessoas respondem assim de uma forma tão negativa até fico um bocado com dúvidas quando as pessoas dizem que se sentem felizes com o trabalho e com as atividades de uma forma geral. Mas eu também acredito que chega a uma altura, se calhar no 4º ano; por exemplo no meu caso eu quase que aposto que respondi que sim porque eu tinha feito estagio comunitário da parentalidade não foi assim de todo um grande trabalho mas nem me posso “queixar” muito dos meus estágios mas acredito que á medida que vão passando pelos estágios e com o chegar

do final do curso, por muito que às vezes aquele professor até nos diga que “tu não tens jeito para isto ou tu não foste feio para isto” ou aquele enfermeiro tutor que até resmungou também com alguma coisa nós conseguimos começar a perceber que gostamos daquilo e que sabemos fazer aquilo e que é aquilo que queremos, tudo bem. Naquele dia não correu muito bem, mas no dia a seguir eu vou ter em atenção e vai correr de outra maneira. Por isso eu tiro esse “quase sempre” muito por aí, as pessoas por muito que se sintam chateados na hora, conseguem chegar a casa e perceber que gostam do que fazem e que por muito que aquela pessoa até tenha apontado se calhar de forma não tão boa aquele aspeto que nós conseguimos ter uma perceção de que pronto. Conseguimos falar com a pessoa e até conseguimos ter uma perspetiva melhor da situação.

E1 - Portanto o que tínhamos dito lá atrás - sinto-me bem comigo próprio acho que era o mais positivo tinha 70% das pessoas que concordavam com a afirmação. Portanto estás a dizer que advém um bocado daí não é? Pondo de parte os que os outros me dizem.

4E - Eu concordo e discordo num aspeto. Eu relaciono esta parte do sentir-se bem e dessas partes positivas com a relação que tu crias muitas vezes com os teus doentes/clientes, a relação que crias com as pessoas que estás a cuidar. E estamos a falar que no 4º, espero que sim, para ti, para mim a experiência noutro curso senti-me mil vezes pior agora no final do 4º ano que propriamente no início do 3º. Começas a perceber que vais entrar num mundo que é de certa forma és completamente desvalorizada já vens desvalorizada de trás já vens cansada de trás chegas a um final de um 4º ano em que te aturam à cara que és quase enfermeiro mas depois como o ... diz, tiram-te tudo e “dá cá a mãozinha não saís daqui” porque tu não és útil pra nada e portanto sentes que por exemplo que havias de ser enfermeiro e te desvalorizam completamente o teu trabalho E tu pensar “como é que daqui a uns tempos eu vou conseguir fazer isto sozinha?”. Por isso eu na minha experiência pessoal só associo mesmo a parte positiva às relações que criei e que tive com as pessoas de quem cuidei e sentes plenamente que és útil ali só para aquelas pessoas porque depois se for preciso por exemplo entras num quarto e fazes os ensinamentos em que a pessoa depois agradece-te e foi completamente diferente e saís do quarto e és bombardeada com “como é que tu dizes isto?” e saís de lá com a pessoa a agradecer-te. Eu associo a parte positiva a isto e sinto-me pior no final do 4º ano.

4E - Só para contrariar um pouco eu acho que o 4º ano pelo menos para mim foi muito mais fácil ultrapassar do que o 3º porque já não, primeiro não é tudo novidade e eu acho só isso tira logo a maior parte da pressão e segundo também nos tornamos um bocadinho mais tolerantes porque já estamos

à espera de determinadas coisas, já sabemos que ninguém nos vai dizer “muito bem és muito bom” ninguém vai dizer isso nunca pelo menos a mim nunca ninguém me disse ou sou eu que não sou muito boa. Nunca ninguém nos vá dar opinião positiva e acho que nós no 3º ano esperamos mais isso.

Legenda:

3A – 3E: estudantes a frequentar o 3º ano

4ª – 4E: estudantes a frequentar o 4º ano

E1 – Entrevistador

E2 – Entrevistadora

ANEXO VII – DADOS COMPLEMENTARES

Quadro – Média, desvio padrão, mínimo e máximo dos domínios do questionário de Estilo de Vida Saudável

Domínios do EVF	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
<u>F</u> amília e amigos	3,66	0,70	0	4
<u>A</u> tividade Física/ <u>A</u> ssociativismo	3,31	1,42	0	6
<u>N</u> utrição	3,83	1,20	0	6
<u>T</u> abaco	3,29	1,21	0	4
<u>Á</u> lcool e Outras Drogas	11,14	1,10	0	12
<u>S</u> ono e Stress	3,71	1,59	0	6
<u>T</u> rabalho/Tipo de personalidade	3,36	1,33	0	6
<u>I</u> ntrospeção	4,11	1,59	0	6
<u>C</u> omportamento de Saúde e Sexual	4,47	1,26	0	6
<u>O</u> utros Comportamentos	3,74	0,58	0	4

Quadro – Média e desvio padrão dos itens de cada domínio do questionário de Estilo de Vida Saudável

Item	Média	Desvio Padrão
F1 - Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:	1,87	0,367
F2 - Deu e recebe carinho/afetos:	1,80	0,454
A3 - Sou membro de um grupo comunitário e/ou de auto-ajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo nas atividades ativamente:	0,56	0,794
A4 - Ando no mínimo 30 minutos diariamente:	1,27	0,733
A5 - Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto durante:	1,48	0,648
N6 - Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente:	1,09	0,721
N7 - Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food:	1,06	0,471
N8 - Ultrapassei o meu peso ideal em:	1,67	0,651
T9 - Eu fumo cigarros:	1,49	0,834
T10 - Geralmente fumo ___ cigarros por dia:	1,80	0,456
A11 - A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é:	1,99	0,098
A12 - Bebe mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:	1,58	0,559
A13 - Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas:	1,93	0,265
A14 - Uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy:	1,92	0,300
A15 - Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia:	1,93	0,279
A16 - Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína:	1,79	0,425
S17 - Durmo bem e sinto-me descansado:	1,20	0,701
S18 - Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:	1,26	0,677
S19 - Relaxo e disfruto do meu tempo livre:	1,25	0,640
T20 - Sinto que ando acelerado e/ou atarefado:	0,54	0,563
T21 - Sinto-me aborrecido e/ou agressivo:	1,35	0,616
T22 - Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral:	1,46	0,597
I23 - Sou uma pessoa otimista e positiva:	1,40	0,670
I24 - Sinto-me tenso e/ou oprimido:	1,39	0,631
I25 - Sinto-me triste e/ou deprimido:	1,32	0,622
C26 - Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde:	1,20	0,735
C27 - Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade:	1,35	0,709
C28 - No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do parceiro/a:	1,93	0,337
O29 - Como peão e passageiro, cumprio as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária:	1,85	0,368
O30 - Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemóvel, etc.):	1,88	0,342

Quadro— Distribuição das frequências e percentagem de resposta por item do questionário de Estilo de Vida Saudável

Item	Opções de resposta	Frequência	Percentagem (%)
F1 - Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:	Quase sempre (2)	363	87,7%
	Às vezes (1)	47	11,4%
	Quase nunca (0)	4	1,0%
F2 - Deu e recebe carinho/afetos:	Quase sempre (2)	339	81,9%
	Às vezes (1)	66	15,9%
	Quase nunca (0)	9	2,2%
A3 - Sou membro de um grupo comunitário e/ou de auto-ajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo nas atividades ativamente:	Quase sempre (2)	79	19,1%
	Às vezes (1)	72	17,4%
	Quase nunca (0)	263	63,5%
A4 - Ando no mínimo 30 minutos diariamente:	Quase sempre (2)	183	44,2%
	Às vezes (1)	161	38,9%
	Quase nunca (0)	70	16,9%
A5 - Eu realizo uma atividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou desporto durante:	3 ou mais vezes por semana (2)	234	56,5%
	1 vez por semana (1)	145	35,0%
	Não faço nada (0)	35	8,5%
Item	Opções de resposta	Frequência	Percentagem (%)
N6 - Como duas porções de verduras e três de frutas diariamente:	Todos os dias (2)	128	30,9%
	Às vezes (1)	196	47,3%
	Quase nunca (0)	90	21,7%
N7 - Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fast-food:	Nenhum destes (2)	59	14,3%
	Alguns destes (1)	321	77,5%
	Todos (0)	34	8,2%
N8 - Ultrapassei o meu peso ideal em:	0 a 4 kg (2)	321	77,5%
	5 a 8 kg (1)	51	12,3%
	Mais de 8 kg (0)	42	10,1%
T9 - Eu fumo cigarros:	Não nos últimos 5 anos (2)	295	71,3%

T10 - Geralmente fumo ____ cigarros por dia:	Não, no último ano (1)	27	6,5%
	Sim, este ano (0)	92	22,2%
	Nenhum (2)	342	82,6%
	1 a 10 cigarros por dia (1)	62	15,0%
	Mais de 10 cigarros por dia (0)	10	2,4%
A11 - A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (UBP) é:	0 a 7 bebidas (2)	410	99,0%
	8 a 12 bebidas (1)	4	1,0%
	Mais de 12 bebidas (0)	0	0%
A12 - Bebe mais de 4-5 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:	Nunca (2)	254	61,4%
	Ocasionalmente (1)	146	35,3%
	Frequentemente (0)	14	3,4%
A13 - Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas:	Nunca (2)	386	93,2%
	Raramente (1)	27	6,5%
	Frequentemente (0)	1	0,2%
A14 - Uso substâncias psicoativas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy:	Nunca (2)	383	92,5%
	Ocasionalmente (1)	28	6,8%
	Frequentemente (0)	3	0,7%
A15 - Uso excessivamente medicamentos que me receitam ou que posso adquirir livremente na farmácia:	Quase nunca (2)	389	94,0%
	Às vezes (1)	22	5,3%
	Quase diariamente (0)	3	0,7%
A16 - Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína:	Menos de 3 vezes por dia (2)	330	79,7%
	3 a 6 vezes por dia (1)	81	19,6%
	Mais de 6 vezes (0)	3	0,7%
S17 - Durmo bem e sinto-me descansado:	Quase sempre (2)	152	36,7%
	Às vezes (1)	194	46,9%
	Quase nunca (0)	68	16,4%
S18 - Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:	Quase sempre (2)	162	39,1%
	Às vezes (1)	197	47,6%
	Quase nunca (0)	55	13,3%
S19 - Relaxo e disfruto do meu tempo livre:	Quase sempre (2)	149	36,0%
	Às vezes (1)	219	52,9%
	Quase nunca (0)	46	11,1%
Item		Frequência	

	Opções de resposta		Percentagem (%)
T20 - Sinto que ando acelerado e/ou atarefado:	Quase nunca (2)	14	3,4%
	Algumas vezes (1)	197	47,6%
	Frequentemente (0)	203	49,0%
T21 - Sinto-me aborrecido e/ou agressivo:	Quase nunca (2)	177	42,8%
	Algumas vezes (1)	206	49,8%
	Frequentemente (0)	31	7,5%
T22 - Sinto-me feliz com o meu trabalho e atividades em geral:	Quase sempre (2)	214	51,7%
	Às vezes (1)	178	43,0%
	Quase nunca (0)	22	5,3%
I23 - Sou uma pessoa otimista e positiva:	Quase sempre (2)	208	50,2%
	Às vezes (1)	163	39,4%
	Quase nunca (0)	43	10,4%
I24 - Sinto-me tenso e/ou oprimido:	Quase nunca (2)	195	47,1%
	Algumas vezes (1)	186	44,9%
	Frequentemente (0)	33	8,0%
I25 - Sinto-me triste e/ou deprimido:	Quase nunca (2)	166	40,1%
	Algumas vezes (1)	213	51,4%
	Frequentemente (0)	35	8,5%
C26 - Realizo exames periódicos de avaliação de estado de saúde:	Sempre (2)	160	38,6%
	Às vezes (1)	175	42,3%
	Quase nunca (0)	79	19,1%
C27 - Converso com o/a parceiro(a) e/ou família sobre temas de sexualidade:	Sempre (2)	200	48,3%
	Às vezes (1)	157	37,9%
	Quase nunca (0)	57	13,8%
C28 - No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a proteção do parceiro/a:	Sempre (2)	395	95,4%
	Às vezes (1)	9	2,2%
	Quase nunca (0)	10	2,4%
O29 - Como peão e passageiro, cumpo as medidas de proteção e/ou segurança pessoal e rodoviária:	Sempre (2)	355	85,7%
	Às vezes (1)	57	13,8%
	Quase nunca (0)	2	0,5%
O30 - Como condutor (ou futuro condutor) respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemóvel, etc.):	Sempre (2)	369	89,1%
	Às vezes (1)	42	10,1%
	Quase nunca (0)	3	0,7%

Em relação à autoestima, verifica-se que apresenta uma menor autoestima quem vive com sozinho e maior quem vive com o cônjuge; quem sai, em média, 1, 2 ou 3 vezes por semana, apresenta uma autoestima mais elevada que do que quem sai 4 ou 5 vezes por semana, sendo que o grupo de estudantes que não sai nenhuma vez á noite apresenta o nível mais baixo de autoestima; quem sai à noite, em média, 5, 10, 15 ou 25 vezes por apresentam uma autoestima mais elevada, sendo que os valores que se sucedem são, regra geral, entre 1 a 4, 7, 8 ou 12 vezes saídas à noite e quem não sai nenhuma vez à noite apresenta dos valores mais baixos de autoestima.

Quando comparada a autoestima com a classificação do estilo de vida de estudante de 0 a 10 ($p=0,000$), obteve-se que quanto maior o valor que o estudante se classifica, maior parece ser o nível de autoestima correspondente.

Quadro – Distribuição da autoestima de acordo com a classificação do estilo de vida

Autoestima	Opções de resposta	n	Posto médio	H	P - value
Numa escala de 0 a 10, como classifica o seu estilo de vida (0 representa um estilo de vida nada saudável e 10 um estilo de vida muito saudável)?	0	1	55,00	39,608	0,000
	1	2	106,00		
	3	13	101,08		
	4	11	143,36		
	5	52	178,96		
	6	82	193,05		
	7	130	210,50		
	8	99	242,77		
	9	17	221,38		
	10	7	349,64		

Relacionando a autoestima com a representação numérica da forma com o que o estudante se vê ($p=0,017$), quem responde que as formas associadas aos números 3, 4 e 8 são os que apresentam um valor de autoestima mais elevada; por outro lado, apresenta pode assumir-se que o nível de autoestima mais baixo corresponde a quem se vê com a forma correspondente aos números 1 e 9.

Quadro - Distribuição da autoestima de acordo a percepção corporal

Autoestima	Opções de resposta	n	Posto médio	H	P - value
Qual o nº que representa a forma como se vê:	1	3	43,33	18,676	0,017
	2	25	197,40		
	3	63	244,53		
	4	100	220,40		
	5	117	197,42		
	6	69	195,17		
	7	26	180,31		
	8	9	221,83		
	9	2	72,50		

Bem-estar psicológico

Verificou-se que, regra geral, quem tem o pai com habilitações literárias correspondentes a Mestrado, Doutoramento ou Curso tecnológico/profissional/outros (nível 3) apresenta um maior bem-estar psicológico, sendo que quem tem o pai com um curso de especialização tecnológica ou com menos de 4 anos de escolaridade, revelam um bem-estar psicológico mais baixo; quanto maior é o rendimento do agregado familiar mensal, maior é um bem-estar psicológico; do grupo de estudantes quem se encontra deslocado, quem vive com amigos apresenta o maior nível de bem-estar psicológico, seguido de quem vive sozinho e por último quem vive com o cônjuge.

Quando comparado o bem-estar psicológico com a classificação do estilo de vida de estudante de 0 a 10 ($p=0,000$), obteve-se que quanto maior é o valor com que o estudante se classifica, maior é a tendência do nível de bem-estar psicológico.

Quadro - Distribuição do bem-estar psicológico de acordo com a classificação do estilo de vida

Bem-estar Psicológico	Opções de resposta	n	Posto médio	H	P - value
Numa escala de 0 a 10, como classifica o seu estilo de vida (0 representa um estilo de vida nada saudável e 10 um estilo de vida muito saudável)?	0	1	8,50	43,478	0,000
	1	2	165,75		
	3	13	100,58		
	4	11	120,41		
	5	52	165,56		
	6	82	191,18		
	7	130	227,55		
	8	99	234,98		
	9	17	205,53		
	10	7	329,86		

No que diz respeito ao questionário de Estilo de Vida Fantástico, obteve-se que apresenta um melhor estilo de vida os estudantes que têm uma mãe com habilitações literárias correspondentes a Mestrado, Curso tecnológico/profissional/outros (nível 3) ou Licenciatura e tem pior estilo de vida quem tem uma mãe com menos de 4 anos de escolaridade; quem considera não ter vícios/dependências apresenta um estilo de vida mais adequado.

Quadro - Distribuição do estilo de vida de acordo a classificação do estilo de vida

Estilo de Vida	Opções de resposta	n	Posto médio	H	P - value
Numa escala de 0 a 10, como classifica o seu estilo de vida (0 representa um estilo de vida nada saudável e 10 um estilo de vida muito saudável)?	0	1	8,50	80,806	0,000
	1	2	168,00		
	3	13	81,38		
	4	11	138,32		
	5	52	120,70		
	6	82	187,10		
	7	130	224,91		
	8	99	253,17		
	9	17	293,56		
	10	7	295,57		

Quando comparado o estilo de vida com a classificação do estilo de vida do estudante de 0 a 10, obteve-se que quanto maior é o valor com que o estudante se classifica, maior é a pontuação obtida.

Quadro - Distribuição do estilo de vida de acordo a percepção corporal

Estilo de Vida	Opções de resposta	n	Posto médio	H	P - value
Qual o nº que representa a forma como se vê:	1	3	58,83	39,139	0,000
	2	25	190,16		
	3	63	243,04		
	4	100	250,45		
	5	117	194,44		
	6	69	162,40		
	7	26	189,37		
	8	9	180,89		
	9	2	56,00		
Qual o nº que representa ser saudável:	2	6	175,08	17,568	0,004
	3	99	248,77		
	4	217	190,17		
	5	88	202,56		
	6	1	133,50		
	8	1	173,00		

Relacionando o estilo de vida com a percepção corporal, através da representação numérica da forma com o que o estudante se vê, quem responde que as formas associadas aos números 3 e 4 são os que apresentam um valor de estilo de vida aparentemente melhor; por outro lado, pode inferir-se que o nível de estilo de vida pior corresponde a quem se vê com a forma correspondente aos números 1 e 9.

Acrescenta-se ainda que resulta um aparente melhor estilo de vida quem considera ser saudável a forma correspondente ao número 3 ou 5 e um pior estilo de vida quem seleciona a forma correspondente aos números 2, 6 ou 8.

Comparando os resultados do estilo de vida com a autoestima, os resultados indicam que a estudantes que obtêm uma pontuação mais elevada no estilo de vida, correspondem a níveis mais elevados de autoestima. Por sua vez, aos estudantes que obtêm uma pontuação mais baixa no domínio do estilo de vida, correspondem pontuações de autoestima mais reduzidas.